|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ TỈNH BÀ RỊA-VŨNG TÀU | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
| **BỆNH VIỆN PHỔI PHẠM HỮU CHÍ**  Số: / BVPPHC | **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |
|  | *Long Đất, ngày tháng năm 2025* |

**BIÊN BẢN BÀN GIAO TÀI TRỢ TỪ THIỆN**

Hôm nay, ngày…….tháng…….năm 20………………………………………….

Tại:……………………………………………………………………………….

Chúng tôi gồm có:

A. Bên trực tiếp trao tài trợ:

Ông /Bà:………………………………Chức vụ………………………………..

Đơn vị:…………………………………………………………………………..

Điện thoại:……………………………………………………………………….

B. Bên nhận tài trợ:

Bệnh nhân:………………………………………………………………………

Ông /Bà:………………………… Quan hệ với NB……………………………

Địa chỉ:………………………………………………………………………….

Điện thoại:………………………………………………………………............

Căn cứ đề nghị của: Tổ Công tác xã hội- Bệnh viện Phổi Phạm Hữu Chí.

Từ ngày………đến ngày……………bệnh nhân đã nhận được số tiền:

………………………………………………………………………………

Sử dụng cho mục đích: Hỗ trợ trực tiếp cho bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn.

Đại diện hai bên đã thực hiện giao nhận đầy đủ theo nội dung trên và ký xác nhận dưới đây./.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ĐẠI DIỆN BÊN NHẬN TÀI TRỢ** | **XÁC NHẬN CỦA KHOA** | **ĐẠI DIỆN BÊN NHẬN TÀI TRỢ** |