**PHỤ LỤC SỐ 2A**

ĐƠN ĐỀ NGHỊ CẤP GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 17/2014/TT - BYT ngày 02 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc   
---------------**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp giấy phép hoạt động cho trạm, điểm sơ cấp cứu chữ thập đỏ**

Kính gửi:…………………………………………………………………

Họ và tên:.......................................................................................................

Ngày, tháng, năm sinh: ..................................................................................

Chỗ ở hiện nay:[[1]](#footnote-1).............................................................................................

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số:…… Ngày cấp:……. Nơi cấp: .....

Điện thoại: .................................... Email ( nếu có): ......................................

Chức vụ:[[2]](#footnote-2).......................................................................................................

Hình thức tổ chức:[[3]](#footnote-3)........................................................................................

Tôi xin gửi kèm theo đơn này bộ hồ sơ gồm các giấy tờ sau:

1. Bản sao chứng thực quyết định thành lập trạm, điểm sơ cấp cứu của Hội Chữ thập đỏ;

2. Tài liệu chứng minh trạm, điểm sơ cấp cứu đáp ứng điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, nhân sự phù hợp với phạm vi hoạt động sơ cấp cứu;

3. Giấy tờ liên quan đến địa điểm đặt trạm, điểm sơ cấp cứu hoặc giấy cam kết cho sử dụng địa điểm đặt trạm, điểm sơ cấp cứu của chủ sở hữu;

4. Bản sao chứng thực văn bằng chuyên môn (nếu có) và giấy chứng nhận đã qua huấn luyện kỹ năng sơ cấp cứu của người tham gia sơ cấp cứu;

5. Hồ sơ nhân sự của người làm việc tại trạm, điểm sơ cấp cứu;

6. Quy chế hoạt động của trạm, điểm sơ cấp cứu.

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp giấy phép hoạt động cho trạm, điểm sơ cấp cứu chữ thập đỏ.

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦA HỘI CHỮ THẬP ĐỎ……..[[4]](#footnote-4)** (Ký, đóng dấu) | *[[5]](#footnote-5)………, ngày……tháng…. năm 20….* **NGƯỜI LÀM ĐƠN** (ký và ghi rõ họ, tên) |

**PHỤ LỤC SỐ 2B**

ĐƠN ĐỀ NGHỊ CẤP LẠI GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 17/2014/TT - BYT ngày 02 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc   
---------------**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

CẤP LẠI GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG CHO TRẠM, ĐIỂM SƠ CẤP CỨU CHỮ THẬP ĐỎ

Kính gửi……………………………………………………

Họ và tên: ....................................................

Ngày, tháng, năm sinh:   .................................................................................

Chỗ ở hiện nay: [1](#_ftn6)........................................................................................

Giấy chứng minh nhân dân/Hộ chiếu số: ………  Ngày cấp:……... Nơi cấp:...

Điện thoại:…………………………….Email (nếu có):  ...........................

Chức vụ:[2](#_ftn7).............................................................................................

Hình thức tổ chức:[3](#_ftn8).....................................................................................

Giấy phép hoạt động đã được cấp: số ……./ ……….ngày…… tháng…….. năm

nơi cấp.................................................................................................

Lý do đề nghị cấp lại:.........................................................................

.................................................................................................................................

.................................................................................................................................

Tôi xin cam đoan nội dung kê khai trên là đúng, nếu sai tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm.

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp lại giấy phép hoạt động cho trạm, điểm sơ cấp cứu chữ thập đỏ.

|  |  |
| --- | --- |
| **XÁC NHẬN CỦA HỘI CHỮ THẬP ĐỎ……..**[**5**](#_ftn9)(Ký, đóng dấu) | [*4*](#_ftn10)*………, ngày……tháng…. năm 20….* **NGƯỜI LÀM ĐƠN** (ký và ghi rõ họ, tên) |

**PHỤ LỤC SỐ 3**

BIÊN BẢN THẨM ĐỊNH TRẠM, ĐIỂM SƠ CẤP CỨU CHỮ THẬP ĐỎ  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 17/2014/TT - BYT ngày 02 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| ……[[6]](#footnote-6)…… **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
|  | *……[[7]](#footnote-7)……, ngày  tháng  năm 20….* |

**BIÊN BẢN THẨM ĐỊNH**

**Cấp phép hoạt động đối với trạm, điểm sơ cấp cứu chữ thập đỏ**

**I. CĂN CỨ PHÁP LÝ**

Căn cứ Luật Hoạt động chữ thập đỏ ngày 03 tháng 6 năm 2008;

Căn cứ Nghị định số 03/2011/NĐ-CP, ngày 07/01/2011 của Chính phủ quy định chi tiết và biện pháp thi hành Luật hoạt động chữ thập đỏ;

Căn cứ Thông tư số       /2014/TT-BYT ngày     tháng       năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc cấp giấy phép hoạt động của trạm, điểm sơ cấp cứu chữ thập đỏ và việc huấn luyện sơ cấp cứu chữ thập đỏ”;

Xét đề nghị của ………[[8]](#footnote-8) …………………………………………………

**II. THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ**

1. Tên trạm, điểm sơ cấp cứu chữ thập đỏ: ...............................................

2. Địa chỉ: ....................................................................................................

3. Điện thoại: ……………………….Email (nếu có): ..................................

4. Fax: ...........................................................................................................

**III. THÀNH PHẦN THAM GIA**

1. Thành phần đoàn thẩm định:

2. Đại diện trạm, điểm sơ cấp cứu chữ thập đỏ được thẩm định:

**IV. NỘI DUNG THẨM ĐỊNH**

1. Hồ sơ pháp lý:

Liệt kê đầy đủ quyết định thành lập và các giấy tờ có liên quan đến cơ sở vật chất, nhân sự, thiết bị y tế.

*Nhận xét:*

.......................................................................................................................

2. Nhân lực:

**PHỤ LỤC SỐ 4**

MẪU GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG SƠ CẤP CỨU CHỮ THẬP ĐỎ  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 17/2014/TT - BYT ngày 02 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| **UBND tỉnh/tp….**[**1**](#_ftn11) **SỞ Y TẾ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số:    /SYT - GPHĐSCCCTĐ |  |

**GIẤY PHÉP HOẠT ĐỘNG SƠ CẤP CỨU CHỮ THẬP ĐỎ**

**GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ**

Căn cứ Luật hoạt động chữ thập đỏ ngày 03 tháng 6 năm 2008;

Căn cứ Nghị định số 03/2011/NĐ - CP, ngày 07 tháng 01 năm 2011 của Chính phủ quy định chi tiết và biện pháp thi hành Luật hoạt động chữ thập đỏ;

Căn cứ Thông tư số       /2014/TT - BYT ngày      tháng      năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc cấp giấy phép hoạt động của trạm, điểm sơ cấp cứu chữ thập đỏ và việc huấn luyện sơ cấp cứu chữ thập đỏ;

Căn cứ biên bản thẩm định ngày......tháng... năm của ……………[2](#_ftn12)……………

**CẤP PHÉP HOẠT ĐỘNG SƠ CẤP CỨU CHỮ THẬP ĐỎ**

Cho: [3](#_ftn13).............................................................................................................

Tên người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật: ...........................................

Số quyết định thành lập:………….. Ngày cấp:…………..Nơi cấp: ...................

Hình thức tổ chức:[4](#_ftn14)......................................................................................

Địa điểm[5](#_ftn15).......................................................................................................

Phạm vi hoạt động chuyên môn: Thực hiện kỹ thuật sơ cấp cứu theo danh mục các kỹ thuật sơ cấp cứu ban hành theo Bảng:….. Phụ lục số 1 của Thông tư này.

Thời gian làm việc hằng ngày: 24/24h.

Cấp mới:  □ [6](#_ftn16)        Cấp lại: □

|  |  |
| --- | --- |
|  | [*7*](#_ftn17)*…….., ngày…..tháng…. năm 20….* **GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ** (ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu) |

**PHỤ LỤC 18**

**Mẫu đơn đề nghị cấp lại giấy phép hoạt động do bị mất hoặc hư hỏng hoặc bị thu hồi**

*(Kèm theo Thông tư số 41/2011/TT - BYT ngày 14/11/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

*......1......., ngày……..tháng…..năm 20.....*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp lại giấy phép hoạt động do bị mất hoặc hư hỏng hoặc bị thu hồi**

Kính gửi: ................................2..........................................

Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh: ………………………………………

Địa điểm:......................................................3...............................................

Điện thoại: .......................... Email ( nếu có):.................................................

Giấy phép hoạt động số: …………. Ngày cấp: …………… Nơi cấp………

Đề nghị cấp lại giấy phép hoạt động vì lý do: Bị mất

Bị hư hỏng

Bị thu hồi theo tại điểm a khoản 1 Điều 48 Luật khám bệnh, chữa bệnh

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp lại giấy phép hoạt động.

**GIÁM ĐỐC**

(ký tên và đóng dấu)

1 Địa danh

2 Cơ quan cấp giấy phép hoạt động

3 Địa chỉ cụ thể của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1. **Ghi chú:**

   Ghi rõ địa chỉ theo nơi đăng ký thường trú hoặc tạm trú. [↑](#footnote-ref-1)
2. Ghi theo quyết định thành lập trạm, điểm chữ thập đỏ. [↑](#footnote-ref-2)
3. là trạm hoặc điểm sơ cấp cứu. [↑](#footnote-ref-3)
4. Hội chữ thập đỏ quyết định thành lập trạm, điểm sơ cấp cứu chữ thập đỏ. [↑](#footnote-ref-4)
5. Địa danh tỉnh hoặc thành phố. [↑](#footnote-ref-5)
6. Tên cơ quan thẩm định; [↑](#footnote-ref-6)
7. Địa danh tỉnh hoặc thành phố nơi thẩm định; [↑](#footnote-ref-7)
8. Tên trạm /điểm sơ cấp cứu chữ thập đỏ; [↑](#footnote-ref-8)