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

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

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

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

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

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

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu3: ..............................

Ngày cấp ...................................................... Nơi cấp: ...............................................

Địa chỉ cư trú: .............................................................................................................

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

Văn bằng chuyên môn: 4 ............................................................................................

Chuyên khoa đăng ký thực hành: 5 ............................................................................

Thời gian đăng ký thực hành: ....................................................................................

Để có đủ điều kiện được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị ............................2.......................... cho phép và tạo điều kiện cho tôi được thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tôi xin cam kết sẽ thực hiện đúng các quy định của pháp luật về việc thực hành khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác có liên quan của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh./.

|  |  |
| --- | --- |
|   | **NGƯỜI LÀM ĐƠN***(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Địa danh.

2 Chức danh người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi đề nghị đăng ký thực hành như: Giám đốc bệnh viện..., Trưởng phòng khám....

3 Ghi một trong ba thông tin về số chứng minh nhân dân hoặc số định danh cá nhân hoặc số hộ chiếu còn hạn sử dụng.

4Ghi theo đối tượng xin cấp chứng chỉ hành nghề quy định tại Điều 17 Luật khám bệnh, chữa bệnh.

5 Người thực hành đăng ký phù hợp văn bằng chuyên môn được đào tạo.

|  |  |
| --- | --- |
| BỘ Y TẾ**BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Số: ………./HĐTH-BVNTW | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập – Tự do – Hạnh phúc****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Hà Nội, ngày ….. tháng ….. năm ……….* |

**HỢP ĐỒNG**

**THỰC HÀNH KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Căn cứ Bộ luật Dân sự ngày 24 tháng 11 năm 2015;

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;

Hôm nay, ngày ….. tháng ….. năm ………., tại Bệnh viện Nhi Trung ương, chúng tôi gồm:

**BÊN A: BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG.**

Đại diện là Ông: **LÊ THANH HẢI.**

Chức vụ: Giám đốc Bệnh viện.

Địa chỉ: Số 18/879 La Thành, Láng Thượng, Đống Đa, Hà Nội.

Điện thoại: 024. 6273 8532.

**BÊN B:**

Ông/Bà: **NGUYỄN THỊ LỤA.**

Sinh ngày 03 tháng 7 năm 1995 tại Bắc Giang.

Văn bằng chuyên môn: Cử nhân Điều dưỡng.

Chỗ ở hiện nay: Thôn Hạ, Khám Lạng, Lục Nam, Bắc Giang.

Căn cước công dân số: 122180696 Ngày cấp: 13/5/2012, Nơi cấp: Bắc Giang.

Thỏa thuận ký kết hợp đồng thực hành khám bệnh, chữa bệnh theo các điều khoản sau đây:

**Điều 1. Thời gian, địa điểm và nội dung chuyên môn thực hành**

1. Thời gian thực hành: Nguyễn Thị Lụa có văn bằng chuyên môn Cử nhân Điều dưỡng được thực hành từ ngày 01 tháng 9 năm 2020 đến ngày 30 tháng 11 năm 2020.

2. Địa điểm thực hành: Khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức tim mạch, Trung tâm Tim mạch trẻ em.

3. Nội dung chuyên môn thực hành: Thực hành các công việc theo tiêu chuẩn chuyên môn, nghiệp vụ của điều dưỡng.

**Điều 2. Quyền và nghĩa vụ của Bên A**

1. Bên A có quyền:

a) Bố trí người hướng dẫn thực hành để hướng dẫn người thực hành thực hành theo đúng các điều khoản ghi trong Hợp đồng.

b) Chấm dứt Hợp đồng thực hành hoặc các biện pháp xử lý khác nếu người thực hành vi phạm các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.

c) Thu kinh phí thực hành theo thỏa thuận với Bên B.

d) Các quyền khác (nếu có)

2. Bên A có nghĩa vụ:

a) Bảo đảm các điều kiện thuận lợi để người thực hành được thực hành theo đúng các thỏa thuận ghi trong Hợp đồng.

b) Bảo đảm quyền lợi của người thực hành theo quy định của pháp luật (nếu có).

c) Xác nhận quá trình thực hành theo đúng mẫu quy định tại Mẫu 02 Phụ lục I ban hành kèm theo Nghị định số 109/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ quy định cấp chứng chỉ hành nghề đối với người hành nghề và cấp giấy phép hoạt động đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

**Điều 3. Quyền và nghĩa vụ của Bên B**

1. Bên B có quyền:

a) Được thực hành khám bệnh, chữa bệnh, chăm sóc người bệnh dưới sự giám sát của người hướng dẫn thực hành.

b) Được cung cấp các phương tiện, thiết bị bảo hộ trong quá trình thực hành.

c) Được hưởng các quyền lợi theo quy định của pháp luật (nếu có).

d) Được cấp giấy xác nhận quá trình thực hành.

đ) Các quyền khác (nếu có).

2. Bên B có nghĩa vụ:

a) Chấp hành nội quy, quy chế chuyên môn của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

b) Hoàn thành những nhiệm vụ đã cam kết trong hợp đồng thực hành.

c) Nộp kinh phí thực hành đầy đủ theo thỏa thuận với Bên A.

d) Các nghĩa vụ khác (nếu có).

**Điều 4. Điều khoản thi hành**

1. Hợp đồng này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ hết hiệu lực khi kết thúc thời gian thực hành và các bên đã hoàn thành các nghĩa vụ của Hợp đồng.

2. Hai bên cam kết thực hiện đúng những điều khoản nêu trên, bên nào vi phạm bên đó phải chịu trách nhiệm trước pháp luật. Trong quá trình thực hiện Hợp đồng, nếu xảy ra tranh chấp thì hai bên cùng nhau thương lượng giải quyết, nếu không thống nhất thì đưa ra Tòa án để giải quyết.

3. Hợp đồng này làm thành hai bản có giá trị pháp lý như nhau, mỗi bên giữ một bản./.

|  |  |
| --- | --- |
| **BÊN AGIÁM ĐỐC****Lê Thanh Hải** | **BÊN B***(Ký, ghi rõ họ tên)* |

|  |  |
| --- | --- |
| BỘ Y TẾ**BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG**­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Số: /GXNTH | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Hà Nội, ngày ….. tháng ….. năm ……….* |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH**

Giám đốc Bệnh viện Nhi Trung ương xác nhận:

Ông/bà:

Ngày, tháng, năm sinh:

Địa chỉ cư trú:

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu:

Ngày cấp ............................................. Nơi cấp:

Văn bằng chuyên môn: .....................................................  Năm tốt nghiệp:

đã thực hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương do

hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành:

2. Năng lực chuyên môn:

3. Đạo đức nghề nghiệp:

|  |  |
| --- | --- |
|   | **GIÁM ĐỐC***(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |