

ที่ ปน ๐๐๓3.๓/ โรงพยาบาลแม่ลาน

 ๑๒๘ หมู่ที่ ๖ ตำบลแม่ลาน

 อำเภอแม่ลาน ปน 94180

 พฤษภาคม 2566

เรื่องติดตามค่ารักษาพยาบาลค้างชำระผู้ป่วย(**ครั้งที่1**)

เรียน (นาย/นาง/นางสาว)..............................................................................................

 เนื่องด้วย (นาย/นาง/นางสาว)...............................................HN………………....ได้มารับรักษาพยาบาล ประเภท.....................................ในวันที่ .................................ณ โรงพยาบาลแม่ลาน นั้น

โดยมีค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเป็นเงิน......................บาท ซึ่งผู้รับบริการยังไม่ได้ชำระเงินตามจำนวนดังกล่าว นั้น

 โรงพยาบาลแม่ลาน ขอเรียนว่าจากการรับบริการมีค่ารักษาพยาบาล เป็นเงิน...................บาท จึงขอแจ้งให้(นาย/นาง/นางสาว)...............................................ชำระเงินดังกล่าว ให้แก่โรงพยาบาลแม่ลาน ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับเอกสารฉบับนี้ ขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

 ขอแสดงความนับถือ

 (นายอับดุลย์มะรุสดี ศิริกุล)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน

กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานการเงิน)

โทร ๐ ๗๓46 9482 – 3 ต่อ 2118

ร่าง......................................

พิมพ์...................................

ทาน.....................................

โทรสาร ๐ ๗๓46 9488