

หนังสือแสดงความประสงค์ตรวจ RT-PCR/Rapid Antigen COVID-19 TEST โดยชำระค่าบริการเอง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....

ผู้ปกครองของ ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว.....

ซึ่งเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือเป็นผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ และอยู่ในความปกครอง/ดูแลของข้าพเจ้า ประสงค์ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ตรวจ RT-PCR/Rapid Antigen COVID-19 TEST โดยยินดีชำระค่าบริการเองทั้งหมด ซึ่งข้าพเจ้า ทราบอัตราค่าบริการจากโรงพยาบาลบางโพแล้ว

2,500 บาท

Rapid Antigen 500 บาท

3,000 บาท พร้อมใบรับรองแพทย์

การไฟฟ้าฝ่ายผลิตและซัพพลายเออร์

บริษัท.....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าจะไม่นำผลการตรวจที่ได้รับจากโรงพยาบาลบางโพ ไม่ว่าประการใด มายกเป็นข้ออ้างเพื่อขอรับเงินคืนทุกกรณี

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาลจะแจ้งผลการตรวจทาง E-Mail ที่ได้ให้ไว้

E-Mail.....

เบอร์โทรศัพท์.....

Line ID.....

สำเนาบัตรประชาชน

อุณหภูมิ Temperature = °C