

**ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN.....**

**CƠ SỞ KCB: .....**

(Mã cơ sở KCB: )

**Mẫu số 04/ARV**

(Ban hành kèm theo Công văn số ...../BHXH-CSYT..... ngày ... / .../2021 của BHXH Việt Nam)

**TỔNG HỢP CHI PHÍ THUỐC KHÁNG HIV BỊ MẤT MÁT, HƯ HỎNG, HẾT HẠN**

*Quý.....Năm .....*

*Đơn vị tính: Đồng*

STT	CÔNG TY TRÚNG THẦU		KINH PHÍ MUA THUỐC				CHI PHÍ THUỐC BỊ MẤT MÁT, HƯ HỎNG, HẾT HẠN PHÁT SINH TRONG QUÝ (Điều 10 Thông tư số 22/2020/TT-BYT)	LŨY KẾ CHI PHÍ THUỐC BỊ MẤT MÁT, HƯ HỎNG, HẾT HẠN (Điều 10 Thông tư số 22) (tính từ khi hợp đồng cung ứng thuốc có hiệu lực đến quý này)
	Tên công ty	Số Hợp đồng cung ứng thuốc	Tên thuốc	Số đăng ký/giấy phép lưu hành	Thông tin thầu	Số tiền		
A	B	C	D	E	F	G	H	I
	<b>Cộng</b>							

**\* Ghi chú:**

- Cơ sở KCB lập khi phát sinh chi phí thuốc kháng HIV bị mất mát, hư hỏng, hết hạn theo quy định tại Điều 10 Thông tư số 22.

**CƠ SỞ KCB**

*(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)*