

ỦY BAN NHÂN DÂN  
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH  
**SỞ Y TẾ**

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

Số 2034 /SYT -VP

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 22 tháng 4 năm 2019

Về đăng ký tên sản phẩm tham gia giải thưởng chất lượng của ngành y tế TPHCM lần thứ 2 năm 2019 chuyên đề “Y tế thông minh”.


Kính gửi:

- Các đơn vị trực thuộc;
- Các bệnh viện và trung tâm y tế quận/huyện;
- Các bệnh viện ngoài công lập.

Thực hiện Kế hoạch số 1161/KH-SYT ngày 13/3/2019 của Sở Y tế về Triển khai tổ chức bình chọn giải thưởng chất lượng của Ngành Y tế thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 2 năm 2019 chuyên đề “Y tế thông minh”. Sở Y tế đề nghị các đơn vị thực hiện như sau:

Đăng ký tên sản phẩm tham gia giải thưởng theo mẫu đính kèm và gửi về Sở Y tế trước ngày 30/5/2019, đồng thời gửi bản mềm vào hộp thư điện tử [medinet.syt@tphcm.gov.vn](mailto:medinet.syt@tphcm.gov.vn).

Trong quá trình đăng ký tham gia, nếu có khó khăn, vướng mắc, các đơn vị vui lòng liên hệ Ban Công nghệ thông tin Sở Y tế: ông Trần Đức Định - Điện thoại: 0908377731, bà Lê Thị Thúy Quỳnh - Điện thoại: 0903883534 để được hướng dẫn.

Sở Y tế thông báo đến các đơn vị để biết và đăng ký tham gia. 

**Nơi nhận:**

- Như trên; BN Bộ Ngành;
  - Ban Giám đốc Sở;
  - Lưu: VT, VPS;
- (TĐD2b)



SỞ Y TẾ  
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH  
(TÊN ĐƠN VỊ ĐĂNG KÝ)

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

**BẢNG ĐĂNG KÝ SẢN PHẨM CÔNG NGHỆ THÔNG TIN THAM GIA  
GIẢI THƯỞNG CHẤT LƯỢNG CỦA NGÀNH Y TẾ TPHCM LẦN THỨ 2 NĂM 2019  
CHUYÊN ĐỀ “Y TẾ THÔNG MINH”.**

Nhóm sản phẩm: .....

**A. Thông tin nhóm thực hiện:**

STT	Tên đơn vị/cá nhân	Vị trí/đơn vị công tác	Thư điện tử	Điện thoại
1				
2				
3				
.....				

**B. Thông tin sản phẩm công nghệ thông tin:**

1. Tên Sản phẩm: .....
2. Tên Đơn vị xây dựng sản phẩm: *(Tên đơn vị hoặc Tên Công ty triển khai)*  
.....
3. Mô tả sản phẩm: *(sơ lược quá trình xây dựng, triển khai, vận hành sản phẩm tại đơn vị nếu sản phẩm đã hoặc đang triển khai)*  
.....
4. Tác động của sản phẩm: *(thuyết minh về tầm ảnh hưởng của sản phẩm đối với người dân tham gia sử dụng các dịch vụ, nhân viên y tế và nhà quản lý tại đơn vị)*  
.....

....., ngày.....tháng .....năm.....

Thủ trưởng đơn vị  
*(Ghi rõ họ, tên, ký tên, đóng dấu)*