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

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược**

Kính gửi: ……………….(1)…………………..

Tên cơ sở .…………….……………………….…………….…………………………………………

Địa chỉ: .…………….……………………….…………….…………………………………………….

Trực thuộc ………………………… (nếu là cơ sở trực thuộc) …………………………………….

Địa chỉ: .…………….……………………….…………….…………………………………………….

Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược .…………….……………………………………….

Số CCHN Dược ……………………. Nơi cấp …………. Năm cấp ………………..Có giá trị đến (nếu có): …….……………………….…………….…………………………………………………..

Người phụ trách về bảo đảm chất lượng(2) .…………….……………………………………………

Số CCHN Dược ………………… Nơi cấp …………. Năm cấp …………………………………….

1. Đã được cấp Giấy chứng nhận thực hành tốt(3): □

- Giấy chứng nhận thực hành tốt Số: …………………………. Ngày cấp: ………………………….

- Giấy chứng nhận thực hành tốt Số: …………………………. Ngày cấp: ………………………….

- .…………….………………………

2. Đã được cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược (4): □

- Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược

Số:.…………….……………………… Ngày cấp: .…………….……………………………………..

- Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược

Số:.…………….……………………… Ngày cấp: .…………….……………………………………..

Cơ sở đề nghị Bộ Y tế/Sở Y tế cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược:

+ Loại hình cơ sở kinh doanh (5): .…………….……………………….…………….…………………

+ Phạm vi kinh doanh (6): .…………….……………………….…………….………………………….

+ Địa điểm kinh doanh: .…………….……………………….…………….…………………………….

Chúng tôi xin cam kết tuân thủ đầy đủ các quy định của pháp luật có liên quan, chấp hành nghiêm sự chỉ đạo của Bộ Y tế/Sở Y tế.

Cơ sở xin gửi kèm theo đơn này các tài liệu đề nghị cấp lại giấy CNĐĐKKDD quy định tại Điều 32 của Nghị định số: ………/2017/NĐ-CP ngày …/…./2017 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật dược.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………….., ngày tháng năm* **Người đại diện trước pháp luật/ Người được ủy quyền** *(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))* |