|  |  |
| --- | --- |
| **Chủ sở hữu số lưu hành -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số: ………… | *……1……, ngày … tháng … năm 20…* |

**BÁO CÁO KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG KINH DOANH TRANG THIẾT BỊ Y TẾ**

**Kính gửi:** Bộ Y tế (Vụ Trang thiết bị và Công trình y tế).

Tên Chủ sở hữu số lưu hành: ........................................................................

Mã số thuế hoặc Số giấy phép thành lập Văn phòng đại diện: ......................

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

Điện thoại: …………………………. Fax: .........................................................

Tên người đại diện hợp pháp của cơ sở: .......................................................

Điện thoại liên hệ: ……………………. Điện thoại di động: .............................

.... Chủ sở hữu số lưu hành .... báo cáo kết quả hoạt động kinh doanh trong thời hạn được cấp số lưu hành trang thiết bị y tế như sau:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên trang thiết bị y tế** | **Chủng loại** | **Số lượng** | **Hãng/ Nước sản xuất** | **Hãng/ Nước chủ sở hữu** | **Năm sản xuất** | **Số lưu hành** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |

Các nội dung khác:

1. Các lỗi xảy ra trong quá trình lưu hành:

2. Các thay đổi trong thời gian lưu hành:

Cơ sở xin bảo đảm những nội dung trên là đúng sự thật và xin chịu trách nhiệm trước pháp luật về các thông tin đã kê khai nêu trên.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Người đại diện hợp pháp của cơ sở** *Ký tên (Ghi họ tên đầy đủ, chức danh) Xác nhận bằng dấu hoặc chữ ký số* |