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

 *…….., ngày ……. tháng ……. năm ……..*

**THÔNG BÁO**
**TỔ CHỨC BÁN LẺ THUỐC LƯU ĐỘNG**

Kính gửi: Sở Y tế……

Tên cơ sở tổ chức bán lẻ thuốc lưu động .……

Địa chỉ:.……; Số giấy CNĐĐKKDD: ….

Địa điểm bán lẻ thuốc lưu động tại: ….(1) ..…

Tên người bán lẻ thuốc lưu động:.… Số điện thoại: …………

Trình độ chuyên môn: .……

Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác: ………

Ngày cấp:.…… Nơi cấp: .……

Thường trú tại .…

Cơ sở cam kết thực hiện đúng quy định của pháp luật về việc tổ chức bán lẻ thuốc lưu động./.

|  |  |
| --- | --- |
|   | *.........., ngày...tháng...năm...* |
|   | CƠ QUAN CẤP*(Ký* *tên, ghi họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))* |