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

……1…., ngày……..tháng……năm 20....

**VĂN BẢN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp giấy chứng nhận lưu hành tự do đối với trang thiết bị y tế chưa có số đăng ký lưu hành**

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

1. Tên cơ sở: ….

Mã số thuế: ….

Địa chỉ (theo đăng ký kinh doanh): …..

2. Người đại diện hợp pháp của cơ sở:

Họ và tên: …..

Số CMND/Định danh/Hộ chiếu: …. ngày cấp: …. nơi cấp: ….

Điện thoại cố định: …. Điện thoại di động: …..

3. Cơ sở sản xuất:

Tên cơ sở: ….

Địa chỉ trụ sở (theo đăng ký kinh doanh): ….

Địa chỉ sản xuất: ….

Điện thoại: …. Fax: ….

Để đáp ứng yêu cầu của nước nhập khẩu, cơ sở đề nghị Bộ Y tế cấp giấy chứng nhận lưu hành tự do (CFS) đối với các trang thiết bị y tế sau:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên trang thiết bị y tế** | **Chủng loại (Model)** | **Loại trang thiết bị y tế** | **Nước nhập khẩu** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

Cơ sở xin chịu mọi trách nhiệm trước pháp luật về nội dung 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* |