|  |  |
| --- | --- |
| **Tên cơ sở đăng ký -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số: ………… | *……1……., ngày … tháng … năm 20…* |

**VĂN BẢN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp lại số đăng ký lưu hành trang thiết bị y tế**

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

Tên cơ sở đăng ký: ...........................................................................................

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

Địa chỉ: ………2 ...............................................................................................

Đề nghị được cấp lại số đăng ký lưu hành trang thiết bị y tế: .........................

Số Giấy chứng đăng ký lưu hành đã được cấp: .............................................

Ngày cấp: ……………………. Thời hạn hiệu lực: ...........................................

Lý do xin cấp lại số đăng ký lưu hành trang thiết bị y tế: ................................

Cơ sở cam kết những thông tin nêu trên là đúng sự thật. Nếu có sự giả mạo, không đúng sự thật cơ sở xin chịu hoàn toàn trách nhiệm và sẽ bị xử lý theo quy định của pháp luật.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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* |