|  |  |
| --- | --- |
| **BỘ Y TẾ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số: ............./ĐCTTHSPL | *Hà Nội, ngày ... tháng ... năm 20...* |

**PHIẾU TIẾP NHẬN**

**Điều chỉnh thông tin hồ sơ công bố đủ điều kiện phân loại trang thiết bị y tế**

*Điều chỉnh lần: ...........*

1. Phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố đủ điều kiện phân loại được cấp lần đầu số: ........../BYT-PCBPL, ngày .../.../.....

2. Thông tin đã đăng ký:

a) Tên cơ sở phân loại: ......................................................................................................

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

- Họ và tên người người đại diện trước pháp luật: .............................................................

- Số CMND/Hộ chiếu/Căn cước công dân: ................... ngày cấp: .............. nơi cấp: ......

b) Họ và tên người thực hiện phân loại: ..............................................................................

- Số CMND/Hộ chiếu/ căn cước công dân: .............. ngày cấp: ............. nơi cấp: .............

- Phạm vi thực hiện phân loại: ...........................................................................................

- Chứng chỉ hành nghề phân loại số: .........../BYT - CCHNPL, ngày …..../…..../................

3. Điều chỉnh là:

a) Tên cơ sở phân loại: ......................................................................................................

- Địa chỉ: ........................................................ , Điện thoại: ................................................

- Họ và tên người đại diện trước pháp luật: .......................................................................

- Số CMND/Hộ chiếu/Căn cước công dân: ..................... ngày cấp: .............. nơi cấp: .....

.............................................................................................................................................

b) Họ và tên người thực hiện phân loại: .............................................................................

- Số CMND/Hộ chiếu/ căn cước công dân: ................... ngày cấp: ............. nơi cấp: ........

- Phạm vi thực hiện phân loại: ............................................................................................

- Chứng chỉ hành nghề phân loại số: ......./BYT - CCHNPL, ngày ...../.... /........

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NGƯỜI TIẾP NHẬN HỒ SƠ** *(Ký tên, ghi họ tên đầy đủ, chức danh)* |