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

*......1…..., ngày ... tháng ... năm 20...*

**VĂN BẢN ĐỀ NGHỊ ĐIỀU CHỈNH**

**Thông tin trong phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố đủ điều kiện sản xuất trang thiết bị y tế**

*Điều chỉnh lần: ................*

Kính gửi: Sở Y tế

1. Phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố đủ điều kiện sản xuất trang thiết bị y tế đã được cấp số: ................... Ngày cấp: ............................

2. Thông tin đã đăng ký:

Tên cơ sở công bố: ...........................................................................................................

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

Số điện thoại liên hệ: .........................................................................................................

Người phụ trách chuyên môn của cơ sở sản xuất: ............................................................

**Đề nghị được điều chỉnh:**

3. Nội dung xin điều chỉnh: .................................................................................................

4. Lý do xin điều chỉnh: ......................................................................................................

5. Thông tin cần cập nhật:

Tên cơ sở công bố: ...........................................................................................................

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

Số điện thoại liên hệ: .........................................................................................................

Người phụ trách chuyên môn của cơ sở sản xuất: ...........................................................

**Cơ sở xin cam kết:**

Chấp hành nghiêm chỉnh các quy định của pháp luật Việt Nam;

Chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác của nội dung hồ sơ đề nghị điều chỉnh này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

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