Mẫu số 22 - PLII/NĐ 54/2017

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Chấp thuận bán lẻ thuốc thuộc Danh mục thuốc hạn chế bán lẻ**

**đối với cơ sở chưa được cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh, phạm vi bán lẻ thuốc**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kính gửi: Sở Y tế tỉnh/thành phố .....................................

Tên cơ sở:

Người chịu trách nhiệm chuyên môn…………..……năm sinh……

Số CCHN Dược: .......... Ngày cấp: ................. Nơi cấp:

Có giá trị đến (nếu có):

Địa điểm kinh doanh:……………… Điện thoại …….……………..

Đã được cấp Giấy chứng nhận thực hành tốt (1):  Chưa được cấp:

1. Giấy chứng nhận thực hành tốt Số:……. ……. Ngày cấp:…….........

2. Giấy chứng nhận thực hành tốt Số:……. ……. Ngày cấp:…….........

3. ………………………………………………

Cơ sở chúng tôi đề nghị Sở Y tế chấp thuận cho cơ sở được bán lẻ thuốc thuộc Danh mục thuốc hạn chế bán lẻ.

Tại địa điểm kinh doanh: …………………………………………………

Chúng tôi xin cam đoan thực hiện đầy đủ các văn bản pháp luật, các quy chế chuyên môn dược có liên quan, chấp hành nghiêm sự chỉ đạo của Bộ Y tế và Sở Y tế.

Tài liệu đính kèm: Danh mục thuốc cụ thể đề nghị bán lẻ tại cơ sở.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……., ngày ..... tháng ..... năm .....*  **Người đại diện pháp luật/Người được ủy quyền**  *(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh*  *đóng dấu (nếu có))* |

*Ghi chú:*

1. Liệt kê Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược còn hiệu lực nếu có.