Mẫu số 02 – PLVI/NĐ 54/2017

|  |  |
| --- | --- |
| **TÊN CƠ SỞ ĐỀ NGHỊ**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Số:……………… | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Xác nhận nội dung thông tin thuốc theo hình thức hội thảo**

**giới thiệu thuốc**

Kính gửi: ………………………………………………

1. Tên cơ sở đề nghị xác nhận nội dung thông tin thuốc theo hình thức hội thảo giới thiệu thuốc:

2. Địa chỉ:

3. Số điện thoại, Fax, E-mail:

4. Họ, tên, số điện thoại của ng­ười liên hệ khi cần:

5. Danh mục thuốc đề nghị xác nhận nội dung thông tin thuốc theo hình thức hội thảo giới thiệu thuốc:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thuốc** | **Số giấy đăng ký lưu hành thuốc/**  **Số giấy phép nhập khẩu thuốc** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

6. Thành phần tham dự:

7. Địa điểm và thời gian dự kiến tổ chức:

8. Tài liệu kèm theo:....................................................................................

9. Cam kết của cơ sở:

Cơ sở đã nghiên cứu và cam kết tuân thủ đầy đủ các quy định của có liên quan trong lĩnh vực dược./.

*Tên tỉnh/thành phố, ngày …tháng…năm…*

**Giám đốc cơ sở hoặc người được uỷ quyền**

*(Ký và ghi rõ họ, tên; đóng dấu)*