

TÊN CƠ SỞ

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

Số:

.....¹....., ngày..... tháng..... năm 20...**VĂN BẢN CÔNG BỐ****Đủ điều kiện mua bán thiết bị y tế thuộc loại B, C, D**Kính gửi:².....

1. Tên cơ sở:

Mã số thuế:

Địa chỉ:.....³

Văn phòng giao dịch (nếu có):

2. Người đại diện hợp pháp của cơ sở:

Họ và tên:

Số căn cước/Hộ chiếu: ngày cấp: nơi cấp:

Điện thoại cố định: Điện thoại di động:

3. Cán bộ kỹ thuật của cơ sở mua bán⁴:

Họ và tên:

Số căn cước/Hộ chiếu: ngày cấp: nơi cấp:

Trình độ chuyên môn:

4. Danh mục thiết bị y tế/nhóm thiết bị y tế do cơ sở thực hiện mua bán:

.....

.....

.....

.....

¹ Địa danh² Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương nơi cơ sở đặt trụ sở³ Ghi theo địa chỉ trên giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh⁴ Kê khai cụ thể theo số người hiện có

Công bố đủ điều kiện mua bán thiết bị y tế

Hồ sơ kèm theo gồm:

1.	Bản kê khai nhân sự	☐
2.	Hồ sơ về kho tàng bảo quản thiết bị y tế	☐
3.	Hồ sơ về phương tiện vận chuyển thiết bị y tế	☐
4.	Giấy tờ chứng minh kho bảo quản, hệ thống theo dõi quản lý quá trình xuất, nhập, tồn kho thiết bị y tế có chứa chất ma túy, tiền chất	☐

Cơ sở công bố đủ điều kiện mua bán thiết bị y tế cam kết:

1. Nội dung thông tin công bố là chính xác, hợp pháp và theo đúng quy định. 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.

2. Bảo đảm chất lượng và lưu hành thiết bị y tế theo đúng quy định của pháp luật.

3. Cập nhật các thay đổi liên quan đến hồ sơ công bố đủ điều kiện mua bán theo quy định.

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