

Mẫu Đơn đăng ký kiểm tra “Thực hành tốt nhà thuốc”

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

....., ngày tháng năm

ĐƠN ĐĂNG KÝ KIỂM TRA “THỰC HÀNH TỐT NHÀ THUỐC”

Kính gửi: Sở Y tế tỉnh Thái Bình

Tên cơ sở:

Trực thuộc (nếu trực thuộc công ty, bệnh viện...):

Địa chỉ:

Điện thoại:

Người phụ trách chuyên môn:

Chứng chỉ hành nghề dược số do Sở Y tế cấp ngày

Cơ sở chúng tôi đề nghị Sở Y tế tỉnh Thái Bình kiểm tra để công nhận cơ sở chúng tôi đạt tiêu chuẩn nguyên tắc “Thực hành tốt nhà thuốc”.

Chúng tôi xin gửi kèm theo bản đăng ký các tài liệu sau:

1. Bản chụp Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh;
2. Bản chụp Chứng chỉ hành nghề của người quản lý chuyên môn;
3. Bản kê khai cơ sở vật chất trang thiết bị;
4. Bản kê khai danh sách nhân sự;
5. Bản tự kiểm tra GPP theo Danh mục kiểm tra quy định tại Phụ lục II Thông tư số 46/2011/TT-BYT ngày 21/12/2011.

NGƯỜI PHỤ TRÁCH/CHỦ CƠ SỞ

Mẫu Đơn đăng ký kiểm tra “Thực hành tốt nhà thuốc” (tái kiểm tra)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

....., ngày tháng năm

**ĐƠN ĐĂNG KÝ KIỂM TRA “THỰC HÀNH TỐT NHÀ THUỐC”
(Tái kiểm tra)**

Kính gửi: Sở Y tế tỉnh Thái Bình

Tên cơ sở:

Trực thuộc (nếu trực thuộc công ty, bệnh viện...):

Địa chỉ:

Điện thoại:

Người phụ trách chuyên môn:

Chứng chỉ hành nghề dược số do Sở Y tế

..... cấp ngày

Đã được cấp Giấy chứng nhận “Thực hành tốt nhà thuốc” số: do Sở Y tế Thái Bình cấp ngày:

Từ ngày được cấp đến nay, cơ sở có những thay đổi sau:

1

2

3

(ghi rõ văn bản đồng ý của Sở Y tế về những thay đổi/bổ sung phải xin phép)

Cơ sở chúng tôi đề nghị Sở Y tế tỉnh Thái Bình kiểm tra để công nhận cơ sở chúng tôi đạt tiêu chuẩn nguyên tắc “Thực hành tốt nhà thuốc”.

NGƯỜI PHỤ TRÁCH/CHỦ CƠ SỞ