

Mẫu Đơn đăng ký kiểm tra “Thực hành tốt phân phối thuốc”
(đăng ký kiểm tra lần đầu)

TÊN ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN
TÊN ĐƠN VỊ

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 PHÂN PHỐI THUỐC”
(Đăng ký kiểm tra lần đầu)

Kính gửi : Sở Y tế Thái Bình

1. Tên cơ sở:

2. Địa chỉ trụ sở:

3. Điện thoại: **Fax:** **E-Mail:**

4. Quyết định thành lập cơ sở (hoặc Giấy đăng ký kinh doanh hoặc Giấy chứng nhận đầu tư) số do cấp.

Đăng ký kiểm tra Thực hành tốt phân phối thuốc (GDP) tại:

Kho bảo quản số

* Địa chỉ:

* Điều kiện bảo quản, phân phối đối với:

a) Thuốc thành phẩm:

- Thuốc thành phẩm thông thường bảo quản ở điều kiện thường/mát/lạnh ☐/☐/☐
- Thuốc thành phẩm gây nghiện /hướng thần/tiền chất làm thuốc ☐/☐/☐
- Vắc xin, sinh phẩm y tế bảo quản ở điều kiện thường/mát/lạnh ☐/☐/☐
- Thuốc thành phẩm bảo quản điều kiện đặc biệt khác: ☐

b) Nguyên liệu làm thuốc:

- Nguyên liệu làm thuốc thành phẩm không vô trùng bảo quản ở điều kiện thường/mát/lạnh ☐/☐/☐
- Nguyên liệu làm thuốc thành phẩm vô trùng (tiêm, tra mắt) bảo quản ở điều kiện thường/mát/lạnh ☐/☐/☐
- Nguyên liệu là thuốc gây nghiện /hướng thần/tiền chất làm thuốc ☐/☐/☐
- Nguyên liệu kháng sinh Penicillin/Cephalosporin/Betalactam khác ☐/☐/☐
- Nguyên liệu là hormon/nội tiết tố/men vi sinh ☐/☐/☐
- Tá dược, vỏ nang ☐/☐
- Dược liệu đã qua sơ chế, chế biến ☐
- Bao bì trực tiếp với thuốc ☐
- Các loại khác (ghi rõ) ☐

Kho bảo quản số

* Địa chỉ:

* Điều kiện bảo quản, phân phối đối với:

a) Thuốc thành phẩm:

-

b) Nguyên liệu làm thuốc:

-

Tài liệu gửi kèm:

- Hệ thống các qui trình thao tác chuẩn
(SOP) theo quy định.

TM. ĐƠN VỊ

(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)