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

*……., ngày     tháng     năm 20…*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ ĐÁNH GIÁ ĐỊNH KỲ  
VIỆC DUY TRÌ “THỰC HÀNH TỐT CƠ SỞ BÁN LẺ THUỐC”**

Kính gửi: Sở Y tế Tỉnh Thừa Thiên Huế.

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 cơ sở bán lẻ thuốc” số: .............................. Ngày cấp: …………………. đối với nhà thuốc/quầy thuốc/tủ thuốc với phạm vi ……………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

Nay, cơ sở chúng tôi đề nghị Sở Y tế ………………….....……… đánh giá việc duy trì “Thực hành tốt tốt cơ sở bán lẻ thuốc” đối với nhà thuốc/quầy thuốc/tủ thuốc với phạm vi:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

không/có kèm theo đề nghị cấp giấy chứng nhận GPP.

Xin gửi kèm các tài liệu:

1) Tài liệu cập nhật về cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân sự;

2) Báo cáo tóm tắt về hoạt động của cơ sở trong thời gian 3 năm.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CHỦ CƠ SỞ**  *(ký, ghi rõ họ tên)* |