**Phụ lục III**

**MẪU GIẤY XÁC NHẬN ĐỦ ĐIỀU KIỆN BẢO HÀNH**

*(Kèm theo Thông tư số 19/2021/TT-BYT*

*ngày 16 tháng 11 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Tiêu đề của chủ sở hữu trang thiết bị y tế (tên, địa chỉ): ……….

Ngày...... tháng...... năm 20...

**GIẤY XÁC NHẬN ĐỦ ĐIỀU KIỆN BẢO HÀNH**

Tên: .........................................................................................................

Địa chỉ......................................................................................................

 với tư cách là chủ sở hữu trang thiết bị xác nhận cơ sở có tên dưới đây đủ điều kiện bảo hành trang thiết bị y tế của ..............[[1]](#footnote-2)1................:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên trang thiết bị y tế** | **Tên cơ sở bảo hành** | **Mã số thuế** | **Địa chỉ** | **Điện thoại cố định** | **Điện thoại di động** |
| ...... | Cơ sở 1 |  |  |  |  |
| Cơ sở 2 |  |  |  |  |
| ...... | Cơ sở 1 |  |  |  |  |
| Cơ sở 2 |  |  |  |  |
| Cơ sở 3 |  |  |  |  |
| ...... | ...... |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Người đại diện hợp pháp của Chủ sở hữu***Ký tên (Ghi họ tên đầy đủ, chức danh)**Xác nhận bằng dấu hoặc chữ ký* |

1. 1 Ghi đầy đủ tên của chủ sở hữu trang thiết bị y tế [↑](#footnote-ref-2)