**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*.........., ngày...... tháng....... năm........*

**THÔNG BÁO**

**TỔ CHỨC BÁN LẺ THUỐC LƯU ĐỘNG**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kính gửi: Sở Y tế ................................

Tên cơ sở tổ chức bán lẻ thuốc lưu động…………………………………

Địa chỉ:…………….................; Số giấy CNĐĐKKDD:…………………

Địa điểm bản lẻ thuốc lưu động tại:……(1)………………………………

Tên người bán lẻ thuốc lưu động:…………… Số điện thoại:……………

Trình độ chuyên môn:......................................................................

Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác:……..

Ngày cấp:……........................ Nơi cấp:…… …….

Thường trú tại

Cơ sở cam kết thực hiện đúng qui định của pháp luật về việc tổ chức bán lẻ thuốc lưu động./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *….., ngày ... tháng ... năm....***Người đại diện trước pháp luật/****người được ủy quyền***(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))* |

*Ghi chú:*

(1) Liệt kê các địa điểm bán lẻ thuốc lưu động