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 ……………………

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 đáp “Thực hành tốt nhà thuốc” đối với nhà thuốc/quầy thuốc/tủ thuốc với phạm vi…………, không/có kèm theo đề nghị cấp giấy chứng nhận GPP.

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

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.