|  |  |
| --- | --- |
| TÊN ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN TÊN CƠ SỞ **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ……../…… | *………, ngày….... tháng….. năm 20…* |

**BÁO CÁO THAY ĐỔI VỀ**

**THỰC HÀNH TỐT CƠ SỞ BÁN LẺ THUỐC**

Kính gửi: Sở Y tế ...

Tên cơ sở: ………………………………………………………………………..

Địa chỉ cơ sở: …………………………………………………………………….

Điện thoại/fax/email: ……………………………………………………………

Người liên hệ: ………………………… Chức danh: …………………………..

Điện thoại/fax/email: ……………………………………………………………

Người chịu trách nhiệm chuyên môn: ……………….., năm sinh: ……………..

Số Chứng chỉ hành nghề dược: …………………………………………………

Nơi cấp ………………….; năm cấp ……….., có giá trị đến ………….(nếu có)

Đã được cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh loại hình và phạm vi kinh doanh:

…………………………………………………………………….……………

……………………………………………………………………....................

Cơ sở chúng tôi xin báo cáo các nội dung thay đổi như sau:

|  |  |
| --- | --- |
| Nội dung thay đổi | Danh mục tài liệu liên quan đến thay đổi |
| 1. |  |
| 2. |  |

Sau khi nghiên cứu Luật Dược và các quy định khác về hành nghề dược, chúng tôi xin cam đoan thực hiện đầy đủ các văn bản pháp luật, các quy chế chuyên môn dược có liên quan. Đề nghị Sở Y tế ... xem xét, đánh giá việc đáp ứng GPP đối với các thay đổi nêu trên của cơ sở chúng tôi.

Chúng tôi xin gửi kèm bản đề nghị này các tài liệu sau đây:

1. Bản sao Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược đã cấp;

2. Bản sao Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh *(phù hợp với nội dung bổ sung/thay đổi);*

3. Hồ sơ tổng thể của cơ sở đã cập nhật các nội dung thay đổi.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Thủ trưởng đơn vị** *(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |