

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

MẪU ĐĂNG KÝ CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI QLCM CƠ SỞ KINH DOANH DƯỢC
(Mẫu quy định tại công văn số 3908/SYT-NV ngày 24/5/2021 của Giám Đốc Sở Y tế)

Kính gửi:

- Sở Y tế Đồng Nai
- Phòng Y tế

Tôi tên là:..... Số Chứng minh nhân dân:.....

Ngày cấp:..... Nơi cấp:..... Số căn cước (nếu có):.....

Ngày cấp:..... Nơi cấp:.....

Trình độ chuyên môn:..... Số điện thoại liên lạc.....

Hộ khẩu thường trú:.....

.....

Tôi đã được Sở Y tế Đồng Nai cấp **giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược**. Địa chỉ kinh doanh:.....

.....

Loại hình kinh doanh:..... **Tên cơ sở**

Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh thuốc số:.....

.....ngày cấp.....

Nay tôi xin đăng ký chữ ký của tôi (người quản lý chuyên môn dược) như sau:

Ký 3 lần

| Lần 1 | Lần 2 | Lần 3 |
|--------------|--------------|--------------|
| | | |
| * | * | * |

Lưu ý: Dấu * ghi rõ họ và tên, người QLCMD ký 02 bản 01 gửi PYT địa phương , 01 gửi phòng NV3 SYT đồng thời gửi theo địa chỉ mail: ***dongnaiCSKD@gmail.com***

....., ngàythángnăm.....

NGƯỜI QLCM

(ký và ghi rõ họ tên)