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

*………….., ngày ……. tháng ……. năm 20……*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**   
**Chấp thuận bán lẻ thuốc thuộc Danh mục thuốc hạn chế bán lẻ đối với cơ sở đã được cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh, phạm vi bán lẻ thuốc**

Kính gửi: Sở Y tế tỉnh/thành phố…………………

Tên cơ sở bán lẻ thuốc: .…………….……………………….…………….……………………………

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

Số CCHN Dược:…………………………. Ngày cấp:…………. Nơi cấp: ……………………….…….

Có giá trị đến (nếu có): .…………….……………………….…………….……………………………..

Địa điểm kinh doanh:.…………….………………………………. Điện thoại ………………………….

Đã được cấp Giấy chứng nhận thực hành tốt Số:……………. Ngày cấp: ………………………….

Cơ sở chúng tôi đề nghị Sở Y tế chấp thuận cho cơ sở được bán lẻ thuốc thuộc Danh mục thuốc hạn chế bán lẻ.

Chúng tôi xin cam đoan thực hiện đầy đủ các văn bản pháp luật, các quy chế chuyên môn dược có liên quan, chấp hành nghiêm sự chỉ đạo của Bộ Y tế và Sở Y tế.

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