

## VĂN BẢN CÔNG BỐ

### ĐỦ ĐIỀU KIỆN MUA BÁN TRANG THIẾT BỊ Y TẾ THUỘC LOẠI B, C, D

Kính gửi:

#### 1. Tên cơ sở\*

#### Mã số thuế hoặc số giấy phép thành lập văn phòng đại diện\*

#### Địa chỉ\*

#### Tỉnh/ Thành phố\*

#### Quận/ Huyện\*

#### Xã/ Phường\*

#### Tên văn phòng giao dịch:

#### Địa chỉ văn phòng giao dịch

#### Tỉnh/ Thành phố:

#### Quận/ Huyện:

#### Xã/ Phường:

#### Điện thoại\*

#### Fax:

#### Email\*

#### Website (Nếu có):

#### 2. Người đại diện hợp pháp của cơ sở:

#### Họ và tên\*

#### Điện thoại cố định\*

#### Điện thoại di động:

#### Số CMND/ Định danh/ Hộ chiếu\*

#### Ngày cấp\*

#### Nơi cấp\*

#### 3. Cán bộ kỹ thuật của cơ sở mua bán:

[Thêm cán bộ](#)

[Tìm kiếm cán bộ](#)

Họ và tên	Số CMND/ Định danh/ Hộ chiếu	Trình độ chuyên môn*	Bản xác nhận thời gian công tác	Bảng tốt nghiệp*	Chứng chỉ	
Phạm Thị Nhật Tây	101103035	Được sỹ trung cấp	<a href="#">Đã tải bản xác nhận</a>	<a href="#">Đã tải bảng tốt nghiệp</a>	<a href="#">Đã tải chứng chỉ</a>	

#### 4. Danh mục trang thiết bị y tế do cơ sở thực hiện mua bán:

[Thêm trang thiết bị mua bán](#)

STT	Tên trang thiết bị y tế	
1	Test xét nghiệm nhanh covid ( Kit test nhanh kháng nguyên SARS-CoV -2)	
2	Que thử thai	
3	Máy tạo oxi, dây oxi, máy đo nồng độ oxi	
4	Test ma túy	
5	Bơm kim tiêm	