

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

**ĐƠN GIẢI TRÌNH**

**Kính gửi: Sở Y tế Quảng Ninh**

Tên cơ sở: **Nhà thuốc Hòa Liên**

Địa chỉ: Số nhà 333 - Tổ 4 - Khu Trới 10 - Phường Hoàn Bò - Tp. Hạ Long - Quảng Ninh

Điện thoại: 0904910814

Người phụ trách chuyên môn: Trần Kim Liên

Trong hồ sơ công bố đủ điều kiện của cơ sở mua bán trang thiết bị y tế thuộc loại B,C, D có yêu cầu về phương tiện vận chuyển trang thiết bị từ cơ sở mua bán đến nơi giao hàng phù hợp với loại trang thiết bị y tế mà cơ sở mua bán. Tuy nhiên, cơ sở chỉ bán trang thiết bị tại cơ sở nên không cần phương tiện vận chuyển để giao hàng.

Tôi xin cam kết những nội dung trên là đúng sự thật và chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật về những nội dung trên.

Vậy tôi làm đơn này kính trình Sở Y tế xem xét.

Tôi xin chân thành cảm ơn!

*Quảng Ninh, ngày 17 tháng 01 năm 2022*

**Người đại diện hợp pháp của cơ sở**  
*Ký tên (Ghi họ tên đầy đủ, chức danh)*

**Trần Kim Liên**