

CÔNG TY TNHH  
DƯỢC PHẨM & TTBYT  
ĐẠI THUẬN PHÁT

Số: ...01.....

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

TP.Hồ Chí Minh, ngày 22 tháng 04 năm 2022

**VĂN BẢN CÔNG BỐ**  
**Đủ điều kiện mua bán trang thiết bị y tế thuộc loại B,**  
**C, D**

Kính gửi: Sở Y Tế TP.Hồ Chí Minh

1. Tên cơ sở: Công ty TNHH Dược phẩm và Trang thiết bị y tế Đại Thuận Phát

Mã số thuế: 0315279556

Địa chỉ: 2/7/5 Đường số 30, Khu phố 7, Phường Linh Đông, TP.Thủ Đức

Văn phòng giao dịch (nếu có): 251/1 Nguyễn Văn Trỗi, Phường 10, Quận Phú Nhuận, TP.Hồ Chí Minh

2. Người đại diện hợp pháp của cơ sở:

Họ và tên: Trịnh Kim Hòa

Số CMND/Định danh/Hộ chiếu: 025256412 ngày cấp: 13/03/2010 nơi cấp: Công an Thành phố Hồ Chí Minh

Điện thoại cố định: 028 2249 3388 Điện thoại di động: 0988801554

3. Cán bộ kỹ thuật của cơ sở mua bán:

Họ và tên: Trịnh Kim Hòa

Số CMND/Định danh/Hộ chiếu: 025256412 ngày cấp: 13/03/2010 nơi cấp: Công an Thành phố Hồ Chí Minh

Trình độ chuyên môn: Dược sĩ đại học

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

**Tên trang thiết bị y tế** : Xịt hỗ trợ điều trị vết thương hở và giảm sẹo



## Công bố đủ điều kiện mua bán trang thiết bị y tế

Hồ sơ kèm theo gồm:

1.	Bản kê khai nhân sự	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Hồ sơ về kho tàng bảo quản trang thiết bị y tế	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Hồ sơ về phương tiện vận chuyển trang thiết bị y tế	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Giấy tờ chứng minh kho bảo quản, hệ thống theo dõi quản lý quá trình xuất, nhập, tồn kho trang thiết bị y tế có chứa chất ma túy, tiền chất	<input type="checkbox"/>

Cơ sở công bố đủ điều kiện mua bán trang thiết bị y tế cam kết:

1. Nội dung thông tin công bố là chính xác, hợp pháp và theo đúng quy định. Nếu có sự giả mạo, không đúng sự thật cơ sở xin chịu hoàn toàn trách nhiệm và sẽ bị xử lý theo quy định của pháp luật.

2. Bảo đảm chất lượng và lưu hành trang thiết bị y tế theo đúng quy định của pháp luật.

3. Cập nhật các thay đổi liên quan đến hồ sơ công bố đủ điều kiện mua bán theo quy định.

**Người đại diện hợp pháp của cơ sở**  
(Ký tên, ghi họ tên đầy đủ, chức danh)  
Xác nhận bằng dấu hoặc chữ ký số



**GIÁM ĐỐC**  
**TRỊNH KIM HÒA**