

Số: 01/CB/CHINHHANG

Hà Nội, ngày 10 tháng 07 năm 2022

**VĂN BẢN CÔNG BỐ**  
**Đủ điều kiện mua bán trang thiết bị y tế**

Kính gửi: Sở Y tế thành phố Hà Nội

1. Tên cơ sở: NHÀ THUỐC CHÍNH HÃNG

Mã số thuế:

Địa chỉ: Số 70 Ngõ Thái Thịnh 1, phường Thịnh Quang, quận Đống Đa tp Hà Nội

2. Người đại diện hợp pháp của cơ sở:

Họ và tên: HOÀNG THỊ BÍCH ĐÀO; sinh ngày 04/11/1980

Số CMND: 036180010551 ngày cấp: 29/03/2021 nơi cấp:Cục CS QLHC về TTXH

Điện thoại di động:0978986339

3. Cán bộ kỹ thuật của cơ sở mua bán<sup>4</sup>:

Họ và tên: HOÀNG THỊ BÍCH ĐÀO; sinh ngày 04/11/1980

Số CMND: 036180010551 ngày cấp: 29/03/2021 nơi cấp:Cục CS QLHC về TTXH

Trình độ chuyên môn: .Đại học

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

Các Trang thiết bị y tế nhóm B,C,D

STT	Tên các trang thiết bị
1	Các loại Test nhanh kháng nguyên, kháng thể SARS-CoV2
2	Thiết bị đo nồng độ oxy trong máu SPO2
3	Máy đo đường huyết
4	Máy khí dung
5	Nhiệt kế đo thân nhiệt
6	Máy đo huyết áp
7	Bơm tiêm các kích cỡ
8	Bộ dây truyền dịch các loại
9	Kim châm cứu
10	Kim lấy máu
11	Test HIV
12	Kim lấy thuốc
13	Que thử nước tiểu, thử thai, thử rụng trứng
14	Máy thử, Que thử đường huyết

15	Máy châm cứu
16	ống giác hơi
17	Máy hút đờm
18	Dụng cụ rửa mũi
19	Máy trợ thính
20	Máy tạo oxy
21	Bông, băng gạc đắp vết thương
22	Băng dính cá nhân, bao cao su, màng phim tránh thai
23	Túi chườm nóng, máy hút sữa
24	Khẩu trang y tế, găng tay y tế các loại, kính chắn giọt bắn, bộ bảo hộ
25	Cân sức khỏe

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

Hồ sơ kèm theo gồm:

1.	Bản kê khai nhân sự
2.	Hồ sơ về kho tàng bảo quản trang thiết bị y tế
3.	Hồ sơ về phương tiện vận chuyển trang thiết bị y tế

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. Thông báo cho Sở Y tế thành phố Hà Nội nếu có một trong các thay đổi liên quan đến hồ sơ công bố.

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



**HOÀNG THỊ BÍCH ĐÀO**