|  |  |
| --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Bổ sung phạm vi kinh doanh trong Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh thuốc đối với cơ sở bán lẻ dược liệu** |
| **1** | Thành phần hồ sơ | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Đơn đề nghị bổ sung phạm vi kinh doanh trong Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh thuốc theo phụ lục số 01b ban hành kèm theo Thông tư số 03/2016/TT – BYT ngày 21/01/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế; | x |  |
|  | 2. Bản chính chứng chỉ hành nghề dược của người quản lý chuyên môn về dược phù hợp với hình thức tổ chức kinh doanh và bản sao Giấy chứng nhận đăng ký hộ kinh doanh cá thể hoặc Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp có chứng thực hoặc bản sao có chữ ký của chủ cơ sở và đóng dấu xác nhận (nếu là doanh nghiệp). | x |  |
|  | 3. Sơ đồ vị trí và thiết kế của khu vực trưng bày, khu vực bảo quản dược liệu. |  |  |
|  | 4. Bản kê khai danh sách nhân sự theo Phụ lục số 02 ban hành kèm theo Thông tư số 03/2016/TT – BYT ngày 21/01/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế. |  |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** |
|  | 01 bộ |
| **3** | **Thời gian xử lý** |
|  | 20 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ.  |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** |
|  | - Cách 1: Nộp hồ sơ trực tiếp tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả - Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội;- Cách 2: Địa chỉ tiếp nhận đối với các hồ sơ gửi qua bưu chính: Sở Y tế Hà Nội; địa chỉ: Số 4 Sơn Tây - Ba Đình - Hà Nội . Điện thoại: 0243.7343622;- Cách 3: Nộp hồ sơ trực tuyến tại Cổng dịch vụ công trực tuyến thành phố Hà Nội (dichvucong.hanoi.gov.vn);Trả kết quả tại Bộ phận Tiếp nhận và Trả kết quả của Sở Y tế Hà Nội hoặc qua dịch vụ bưu chính công ích. |
| **5** | **Lệ phí** |
|  |  Theo quy định hiện hành |

**Mẫu số 01a**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

## Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh thuốc**

### Kính gửi: …………[[1]](#footnote-1)…………

### Tên cơ sở………….……………………………………………………………

Trực thuộc (Công ty, bệnh viện - nếu là đơn vị phụ thuộc)

### Người phụ trách chuyên môn……………………………… năm sinh ...……

### Số CCHN Dược … Nơi cấp ……Năm cấp..…. Có giá trị đến (nếu có):……

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

Cơ sở chúng tôi đề nghị Bộ Y tế/Sở Y tế cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh thuốc cho cơ sở, hình thức tổ chức kinh doanh và phạm vi kinh doanh sau: [[2]](#footnote-2)………….

Tại địa điểm kinh doanh: ………………………………………………………

Điện thoại

 Sau khi nghiên cứu Luật Dược và các quy định khác về hành nghề dược, 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 ………...

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………….., ngày tháng năm* **Giám đốc doanh nghiệp/ Chủ cơ sở** ***(Ký ghi rõ họ tên)*** |

1. Cơ quan cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh [↑](#footnote-ref-1)
2. Cơ sở sản xuất đề nghị cấp Giấy CNĐĐKKD ghi hình thức kinh doanh thuốc [↑](#footnote-ref-2)