|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Thông báo hoạt động bán lẻ thuốc lưu động** | | |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | Văn bản thông báo tổ chức bán lẻ thuốc lưu động theo Mẫu số 23 Phụ lục I kèm theo Nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08/5/2017 của Chính phủ. | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** | | |
|  | 01 bộ | | |
| **3** | **Thời gian xử lý** | | |
|  | 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được thông báo của cơ sở tổ chức bán lẻ thuốc lưu động | | |
| **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** | | |
|  | Chưa quy định | | |

Mẫu số 23

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

*………….., ngày ……. tháng ……. năm ……..*

**THÔNG BÁO**

**TỔ CHỨC BÁN LẺ THUỐC LƯU ĐỘNG**

Kính gửi: Sở Y tế…………………………………………

Tên cơ sở tổ chức bán lẻ thuốc lưu động .…………….……………………………………………..

Địa chỉ:.…………….………………………; Số giấy CNĐĐKKDD: ………………………………….

Địa điểm bán lẻ thuốc lưu động tại: ………………………….(1) …………………………………….

Tên người bán lẻ thuốc lưu động:.…………….……………………… Số điện thoại: ……………..

Trình độ chuyên môn: .…………….……………………….…………….……………………………..

Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu/Các giấy tờ tương đương khác: ………………………………

Ngày cấp:.…………….……………………… Nơi cấp: .…………….…………………………………

Thường trú tại .…………….……………………….…………….………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………….

Cơ sở cam kết thực hiện đúng quy định của pháp luật về việc tổ chức bán lẻ thuốc lưu động./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………….., ngày ……. tháng ……. năm ……..* **Người đại diện trước pháp luật/ người được ủy quyền** *(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))* |

*Ghi chú:*

(1) Liệt kê các địa điểm bán lẻ thuốc lưu động