|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc thẩm quyền của Sở Y tế** | | |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | Đơn đề nghị cấp lại giấy chứng nhận phòng xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính của cơ sở đề nghị | x |  |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** | | |
|  | 01 bộ | | |
| **3** | **Thời gian xử lý** | | |
|  | 10 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** | | |
|  | Không | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ……..1……… **-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số:    /…2… | *……3..., ngày … tháng … năm 20…* |

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện xét nghiệm khẳng định các trường hợp HIV dương tính**

Kính gửi: …………………….4…………………………….

Tên cơ sở xét nghiệm HIV: ……………………………………………………………………..

Địa chỉ: …………………………………………………………………………………………….

Điện thoại: …………………………………………………………………………………………

Email (nếu có): ……………………………………………………………………………………

Giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính số: ……… Ngày cấp: ………………… Nơi cấp …………………………………………………….

Đề nghị cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện vì lý do …………….5……………………….

Kính đề nghị cơ quan xem xét và cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện khẳng định kết quả xét nghiệm HIV dương tính.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ** *(Ký và ghi rõ họ và tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên tổ chức đề nghị

2 Chữ viết tắt tên tổ chức đề nghị

3 Địa danh

4 Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ

5 Bị mất hoặc hư hỏng hoặc hết hiệu lực giấy chứng nhận đa được cấp theo TT số 15/2013/TT-BYT