**Phụ lục I**

**Mẫu số 19**

|  |
| --- |
| **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***…… [[1]](#footnote-1)1 ……, ngày........ tháng........ năm 20…* |

**VĂN BẢN ĐỀ NGHỊ ĐIỀU CHỈNH**

**Thông tin trong phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố đủ điều kiện**

 **phân loại trang thiết bị y tế**

*Điều chỉnh lần:…………*

Kính gửi: Bộ Y tế

1. Phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố đủ điều kiện phân loại trang thiết bị y tế đã được cấp số: ………./BYT-PCBPL. Ngày cấp: ………

2. Thông tin đã đăng ký:

Tên cơ sở phân loại:

Địa chỉ:

a) Họ và tên người người đại diện trước pháp luật:

- Số CMND/ Hộ chiếu/ căn cước công dân: …… Ngày cấp: …. nơi cấp: …..

b) Họ và tên người thực hiện phân loại:

- Số CMND/ Hộ chiếu/ căn cước công dân: …… Ngày cấp: …. nơi cấp: …..

- Loại trang thiết bị y tế đăng ký thực hiện phân loại:

- Chứng chỉ hành nghề phân loại số: …./BYT - CCHNPL, ngày…. /…. /….

**Đề nghị được điều chỉnh:**

3. Nội dung xin điều chỉnh:

4. Lý do xin điều chỉnh:

5. Thông tin cần cập nhật:

Tên cơ sở phân loại:

Địa chỉ:

a) Họ và tên người người đại diện trước pháp luật:

- Số CMND/ Hộ chiếu/ căn cước công dân: ........ ngày cấp: .......... nơi cấp:

b) Họ và tên người thực hiện phân loại:

- Số CMND/ Hộ chiếu/ căn cước công dân: …… Ngày cấp: ……... nơi cấp:

- Phạm vi thực hiện phân loại:

- Chứng chỉ hành nghề phân loại số:……/BYT - CCHNPL, ngày…../…../…...

**Cơ sở xin cam kết:**

Chấp hành nghiêm chỉnh các quy định của pháp luật Việt Nam;

Chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác của nội dung hồ sơ đề nghị điều chỉnh này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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* |

1. 1 Địa danh. [↑](#footnote-ref-1)