**Mẫu số 14**

**CỘNG HOÀ 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: ......................

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

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

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

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

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

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 THEO 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.