**A- BIỂU MẪU VĂN BẢN ĐỐI VỚI ĐÁNH GIÁ GDP**

**Mẫu số 03/GDP: Biên bản đánh giá GDP**

|  |  |
| --- | --- |
| ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH...CƠ QUAN CHUYÊN MÔN VỀ Y TẾ TẠI TỈNH....**-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc****---------------** |
| Số: ............./.............. | ........., ngày…… tháng ..... năm 20……. |

BIÊN BẢN ĐÁNH GIÁ

**"Thực hành tốt Phân phối thuốc, nguyên liệu làm thuốc"**

Căn cứ Quyết định số ........ ngày ......... của.......................... về việc thành lập đoàn kiểm tra triển khai áp dụng các tiêu chuẩn "Thực hành tốt phân phối thuốc, nguyên liệu làm thuốc" của, thành phần đoàn đánh giá gồm:

* 1. .. - Trưởng đoàn.
	2. .. - Thư ký.
	3. .. -

Tên cơ sở:

* Địa chỉ:

-Tên người đại diện pháp luật và tên người chịu trách nhiệm chuyên môn

* Bản đăng ký đánh giá đề ngày ................ của ………………………
* Ngày tiến hành đánh giá:
* Nội dung đánh giá: việc triển khai áp dụng các tiêu chuẩn "Thực hành tốt phân phối thuốc, nguyên liệu làm thuốc" của Bộ Y tế
* Tiếp đoàn có:
1. ..........................
2. ..........................
3. ..........................

I/ Một số ý kiến của đoàn kiểm tra:

Sau khi thẩm định hồ sơ, nghe báo cáo của Công ty và tiến hành kiểm tra thực tế, Đoàn đánh giá có một số ý kiến sau:

1. Ưu điểm:
	1. Tổ chức và quản lý:

.........................................................................................................

* 1. Nhân sự:

.........................................................................................................

* 1. Quản lý chất lượng:

.........................................................................................................

* 1. Cơ sở kho tàng và bảo quản:

.........................................................................................................

* 1. Phương tiện vận chuyển và trang thiết bị:

.........................................................................................................

* 1. Bao bì và nhãn trên bao bì:

.........................................................................................................

* 1. Giao hàng và gửi hàng:

.........................................................................................................

* 1. Vận chuyển thuốc trong quá trình vận chuyển:

.........................................................................................................

* 1. Hồ sơ tài liệu: .........................................................................................................
	2. Đóng gói lại và dán nhãn lại:

.........................................................................................................

* 1. Khiếu nại:

.........................................................................................................

* 1. Thu hồi:

.........................................................................................................

* 1. Sản phẩm bị loại và bị trả về:

.........................................................................................................

* 1. Thuốc giả:

.........................................................................................................

* 1. Nhập khẩu:

.........................................................................................................

* 1. Hoạt động theo hợp đồng:

.........................................................................................................

* 1. Tự kiểm tra:
1. Tồn tại:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tồn tại** | **Tham chiếu** | **xếp loại** |
| **1.** |  |
| 1.1. |  |  |  |
| 1.2. |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| 2.1. |  |  |  |
| 2.2. |  |  |  |
| **3.** |  |

II/ Kết luận:

* 1. Mức độ đáp ứng GDP:

.........................................................................................................

* 1. Yêu cầu:

.........................................................................................................

III/ Ý kiến của Cơ sở

.........................................................................................................

Biên bản được thống nhất giữa Đoàn kiểm tra và Công ty

.........................................................................................................

Biên bản này được làm thành hai bản, kèm theo bản Danh mục đánh giá. Công ty giữ một bản, cơ quan chuyên môn về y tế của tỉnh giữ một bản./.

**Trưởng Đoàn đánh giá Thư ký Lãnh đạo cơ sở**

**Mẫu số 04/GDP: Phiếu tiếp nhận hồ sơ**

|  |  |
| --- | --- |
| .....**Tên cơ quan tiếp nhận****-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc****---------------** |
| Số: ............/............... | *........., ngày…… tháng ..... năm 20 …….* |

# PHIẾU TIẾP NHẬN

**HỒ SƠ .....................................(2)...............................**

1. Đơn vị nộp:

....................................................................................................................

1. Địa chỉ đơn vị nộp hồ sơ (trường hợp nộp hồ sơ qua đường bưu chính):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. Hình thức nộp: | Trực tiếp □ | Bưu chính □ |
|  | Nộp lần đầu □ | Nộp bổ sung lần..(3)... □ |

1. Số, ngày tháng năm văn bản của đơn vị (nếu có):

.........................................................

1. Danh mục tài liệu(4):

........................................................................................................

Ghi chú: *Phiếu tiếp nhận này chỉ có giá trị xác nhận cơ sở đã nộp hồ sơ tại cơ quan tiếp nhận hồ sơ*

# NGƯỜI NHẬN HỒ SƠ

*(Ký và ghi rõ họ tên)*

*Ghi chú:*

1. *Số tiếp nhận hồ sơ*
2. *Tên thủ tục hành chính.*
3. *Ghi lần bổ sung hồ sơ.*
4. *Các tài liệu tương ứng theo thủ tục hành chính được quy định tại Luật dược và Nghị định này (liệt kê chi tiết hoặc danh mục kèm theo).*

**Mẫu số 05/GDP tại Phụ lục IV Thông tư số 03/2018/TT-BYT**

# HỒ SƠ TỔNG THỂ VỀ CƠ SỞ PHÂN PHỐI THUỐC, NGUYÊN LIỆU LÀM THUỐC

1. **Thông tin chung về cơ sở phân phối**
	1. *Thông tin liên hệ của cơ sở phân phối*
		* Tên cơ sở:

.........................................................................................................................

* + - Địa chỉ Văn phòng: …, số điện thoại …, Fax …
		- Địa chỉ kho bảo quản: …, số điện thoại …
		- Giám đốc: …, số điện thoại …
		- Người chịu trách nhiệm chuyên môn: …, số điện thoại …
		- Phạm vi kinh doanh:

.........................................................................................................................

* + - Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh số

.........................................................................................................................

* + - Giấy chứng nhận đủ điều kinh doanh dược số

.........................................................................................................................

* 1. *Các hoạt động phân phối thuốc, nguyên liệu làm thuốc được cấp phép của cơ sở tại địa chỉ trên*
		+ Danh mục các loại sản phẩm phân phối

.........................................................................................................................

* + - Danh mục các đạt kiểm tra GDP được tiến hành tại cơ sở, bao gồm thông tin về ngày tháng, tên của cơ quan có thẩm quyền thực hiện việc kiểm tra.
		- Bản sao của Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh, giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh thuốc nếu có.
		- Bản sao giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh thuốc hoặc Giấy chứng nhận GPP của từng nhà thuốc trong chuỗi, Giấy chứng nhận đạt GDP (trường hợp đã được đánh giá) của cơ sở bán buôn nếu tổ chức chuỗi nhà thuốc.
1. **Nhân sự**
* Sơ đồ nhân sự của cơ sở, bao gồm vị trí quản lý chất lượng, quản lý kho bảo quản, kiểm tra chất lượng, giao nhận, kinh doanh

.........................................................................................................................

* Danh sách nhân sự của cơ sở: tên, chức danh, trình độ chuyên môn

.........................................................................................................................

1. **Kho bảo quản**
* Sơ đồ vị trí địa lý của kho bảo quản thuốc/nguyên liệu làm thuốc/vắc xin sinh phẩm trong mặt bằng tổng thể của cơ sở,
* Bản vẽ thiết kế kho và các khu vực bảo quản cho các sản phẩm khác nhau, các khu vực biệt trữ và xử lý các chất có độc tính cao, hoạt chất nguy hiểm và các nguyên liệu nhạy cảm, (nếu có);
* Mô tả ngắn gọn về các điều kiện bảo quản cụ thể (nếu áp dụng) nhưng không được thể hiện trên các bản vẽ.
1. **Danh mục thiết bị bảo quản, phương tiện vận chuyển**

- Liệt kê danh mục các thiết bị chính sử dụng để bảo quản, vận chuyển, thời hạn kiểm định thiết bị.

1. **Hồ sơ tài liệu**
* Mô tả chung về hệ thống hồ sơ tài liệu của cơ sở (ví dụ hệ thống tài liệu điện tử, tài liệu bản cứng).
* Danh mục các quy định, hồ sơ, tài liệu liên quan đến hoạt động phân phối thuốc/ nguyên liệu làm thuốc
* Danh mục các quy trình, thao tác chuẩn thực hiện việc phân phối thuốc/nguyên liệu làm thuốc
* Báo cáo về hệ thống chất lượng của cơ sở phân phối tổ chức chuỗi nhà thuốc GPP
* Đối với cơ sở tổ chức chuỗi nhà thuốc có thêm các tài liệu về các nhà thuốc thuộc chuỗi: Tên, địa chỉ, thông tin giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược, thông tin Giấy chứng nhận GPP của các nhà thuốc (số, ngày cấp, cơ quan cấp, hiệu lực (nếu có)); người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của các nhà thuốc (họ tên, chứng chỉ hành nghề dược (số, ngày cấp, cơ quan cấp)); hệ thống quản lý chất lượng thống nhất để áp dụng của chuỗi nhà thuốc.
1. **Tự thanh tra**

- Mô tả ngắn gọn về hệ thống tự thanh tra của cơ sở, kết quả tự thanh tra và tự đánh giá mức độ đáp ứng đạt yêu cầu GDP của cơ sở.

**Mẫu số 06/GDP: Báo cáo thay đổi của cơ sở phân phối**

|  |  |
| --- | --- |
| TÊN ĐƠN VỊ CHỦ QUẢN TÊN CƠ SỞ**-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc****---------------** |
| Số: ......../.......... | *........., ngày…… tháng ..... năm 20…….* |

# BÁO CÁO THAY ĐỔI VỀ THỰC HÀNH TỐT PHÂN PHỐI THUỐC, NGUYÊN LIỆU LÀM THUỐC

Kính gửi: ........................

Tên cơ sở:

.........................................................................................................................

Địa chỉ kho:

.........................................................................................................................

Điện thoại: ..........................., Fax: ............................., Email: ............................... Người liên hệ: ................. Chức danh: .........................

Điện thoại: .........., Fax: ............................., Email:.................................

Người chịu trách nhiệm chuyên môn: ................... năm sinh: ........................ Số Chứng chỉ hành nghề dược: ............................

Nơi cấp: ……., năm cấp ............ có giá trị đến (nếu có)

Đã được cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược số ,

ngày cấp: .............. với loại hình và phạm vi kinh doanh *(hoặc Đã được cấp Giấy chứng nhận GDP số:......................., ngày cấp:......................... với phạm vi chứng nhận):…………………………………………………………*

Cơ sở chúng tôi xin báo cáo các nội dung thay đổi như sau:

.................................................................................................................................

.................................................................................................................................

Danh mục tài liệu liên quan đến thay đổi (tùy theo loại hình thay đổi, kèm theo các tài liệu tương ứng).

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. Đề nghị cơ quan chuyên mụn về y tế đánh giá việc đáp ứng

GDP đối với thay đổi nêu trên của cơ sở chúng tôi.

Chúng tôi xin gửi kèm bản báo cáo này các tài liệu sau đây:

1. Bản sao Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược đã cấp (hoặc Giấy chứng nhận GSP đã cấp cho cơ sở không vì mục đích thương mại);
2. Bản sao Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh (hoặc Tài liệu pháp lý về việc thành lập và chức năng nhiệm vụ của cơ sở không vì mục đích thương mại) *(phù hợp với nội dung bổ sung/ thay đổi);*
3. Hồ sơ tổng thể của cơ sở đã cập nhật các nội dung thay đổi.

**Thủ trưởng đơn vị**

*(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)*

**Mẫu số 07/GDP**

|  |  |
| --- | --- |
| **CƠ QUAN TIẾP NHẬN****.......****-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc****---------------** |
| Số /GDP |  |

# GIẤY CHỨNG NHẬN ĐẠT “THỰC HÀNH TỐT PHÂN PHỐI THUỐC, NGUYÊN LIỆU LÀM THUỐC”

**GOOD DISTRIBUTION PRACTICES (GDP)**

**… (Cơ quan tiếp nhận) chứng nhận**

Cơ sở:.....................

Địa chỉ Trụ sở chính: ........................

Đạt “Thực hành tốt phân phối thuốc, nguyên liệu làm thuốc” (GDP) Tại địa điểm kinh doanh: .....................

Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược: ............ Phạm vi kinh doanh: ...............

|  |  |
| --- | --- |
| Giấy chứng nhận này có giá trị đến ngày.... tháng ..... năm .... | **...... ngày ..... tháng ...... năm ..... (NGƯỜI ĐỨNG ĐẦU CƠ QUAN****TIẾP NHẬN)** |

# B- BIỂU MẪU VĂN BẢN ĐỐI VỚI ĐÁNH GIÁ GPP

**Mẫu số 02/GPP: Biên bản đánh giá GPP**

|  |  |
| --- | --- |
| ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH...**TÊN CƠ QUAN CHUYÊN MÔN VỀ Y TẾ CỦA TỈNH ....****-------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc****---------------** |
| Số: ……/….. | *………, ngày …. tháng ….. năm 20…..* |

# BIÊN BẢN ĐÁNH GIÁ

**"Thực hành tốt cơ sở bán lẻ thuốc"**

Căn cứ Quyết định số ……… ngày ……. của …… về việc thành lập đoàn kiểm tra triển khai áp dụng các tiêu chuẩn "Thực hành tốt cơ sở bán lẻ thuốc" của ,

thành phần đoàn đánh giá gồm:

1. … - Trưởng đoàn.
2. … - Thư ký.
3. ………….

Tên cơ sở:

* + Địa chỉ:
	+ Tên người đại diện pháp luật và tên người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở:
	+ Bản đăng ký đánh giá đề ngày …….. của ………
	+ Ngày tiến hành đánh giá ………………….
	+ Nội dung đánh giá: việc triển khai áp dụng các tiêu chuẩn "Thực hành tốt cơ sở bán lẻ thuốc" của Bộ Y tế
	+ Tiếp đoàn có:
1. ………
2. ……….
3. ……….

I/ Một số ý kiến của đoàn kiểm tra

Sau khi thẩm định hồ sơ, nghe báo cáo của cơ sở và tiến hành kiểm tra thực tế, Đoàn đánh giá có một số ý kiến sau:

1. Ưu điểm:

…

1. Tồn tại:

…

(đính kèm danh mục đánh giá) II/ Kết luận

1. Tổng số điểm của cơ sở: ……………….
2. Mức độ đáp ứng GPP: ……………………….
3. Yêu cầu

………………………………………..

III/ Ý kiến của Cơ sở: (ghi rõ điểm chưa thống nhất)

……………………

Biên bản được thống nhất giữa Đoàn kiểm tra và cơ sở ……….

Biên bản này được làm thành hai bản, kèm theo bản Danh mục đánh giá. Cơ sở giữ một bản, cơ quan chuyên môn về y tế của tỉnh giữ một bản./.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Trưởng Đoàn | Thư ký | Lãnh đạo cơ sở |

**Mẫu số 03/GPP: Giấy chứng nhận GPP**

|  |  |
| --- | --- |
| **TÊN CƠ QUAN CHUYÊN MÔN VỀ Y TẾ CỦA TỈNH** Số: .../GPP | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc****---------------** |

# GIẤY CHỨNG NHẬN ĐẠT THỰC HÀNH TỐT CƠ SỞ BÁN LẺ THUỐC GOOD PHARMACY PRACTICES (GPP)

**. CHỨNG NHẬN**

Cơ sở: Trụ sở:

**Đạt “Thực hành tốt cơ sở bán lẻ thuốc” (GPP) đối với** **(nhà**

**thuốc/quầy thuốc/tủ thuốc của trạm y tế xã)**

Tại địa chỉ:

Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở: Phạm vi:

|  |  |
| --- | --- |
| Giấy chứng nhận này có giá trị đến ngày | *… … … …, ngày tháng năm***Lãnh đạo cơ sở***(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |

**Mẫu số 04/GPP: Báo cáo thay đổi của cơ sở bán lẻ**

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

# BÁO CÁO THAY ĐỔI VỀ THỰC HÀNH TỐT BÁN LẺ THUỐC

Kính gửi: ........................

Tên cơ sở:

.........................................................................................................................

Địa chỉ:......................................................................................................................... Điện thoại: ...................................... Email: ...............................

Người chịu trách nhiệm chuyên môn: năm sinh:

........................

Số Chứng chỉ hành nghề dược:

........................................................................................

Nơi cấp;...................................... ...... năm cấp, ............... có giá trị đến ..............

(nếu có)

Đã được cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược số ,

ngày cấp với loại hình và phạm vi kinh doanh

*Đã được cấp Giấy chứng nhận GPP số:......................., ngày cấp:......................... với phạm vi chứng nhận):*

.......................................................................................................................................

Cơ sở chúng tôi xin báo cáo các nội dung thay đổi như sau:

.......................................................................................................................................

Danh mục tài liệu liên quan đến thay đổi (tùy theo loại hình thay đổi, kèm theo các tài liệu tương ứng).

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. Đề nghị cơ quan chuyên môn về y tế của tỉnh đánh giá việc

đáp ứng GPP đối với thay đổi nêu trên của cơ sở chúng tôi. Chúng tôi xin gửi kèm bản báo cáo này các tài liệu sau đây:

1. Bản sao Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược đã cấp;
2. Bản sao Giấy chứng nhận GPP
3. Bản sao Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh *(phù hợp với nội dung bổ sung/ thay đổi);*

**Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở**

*(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)*

**Mẫu số 05/GPP: Thông báo về hoạt động bán thuốc/nguyên liệu làm thuốc theo phương thức thương mại điện tử**

# CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

# THÔNG BÁO

**Về hoạt động bán thuốc/nguyên liệu làm thuốc theo phương thức thương mại điện tử**

Kính gửi: ...........

Tên cơ sở

.…………….…………………….………………………………………… Hoạt động bán buôn thuốc, nguyên liệu làm thuốc: ☐

Hoạt động bán lẻ thuốc: ☐

Địa chỉ:

.……………………….…………….…………………………………………….

1. Đã được cấp Giấy chứng nhận thực hành tốt(1): ☐

Giấy chứng nhận thực hành ........ tốt số: ……………… do cấp ngày

……………….

1. Đã được cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược (2): ☐

Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược số:.…………….do cấp ngày

......: .…………….……………………………………..

1. Thông báo về việc kinh doanh theo phương thức thương mại điện tử:
	1. Cơ sở thiết lập website/ứng dụng/nền tảng số thương mại điện tử có chức năng đặt hàng trực tuyến (3) đã hoàn tất thủ tục với cơ quan quản lý nhà nước về

thương mại điện tử.

* 1. Cơ sở đang kinh doanh theo phương thức thương mại điện tử trên sàn giao dịch thương mại điện tử/ nền tảng số trung gian thương mại điện tử (4)
1. Thời điểm dự kiến bán thuốc/nguyên liệu làm thuốc theo phương thức thương mại điện tử: ......................................

Cơ sở cam kết đã thực hiện đầy đủ các quy định của pháp luật về kinh doanh thương mại điện tử.

*………….., ngày tháng năm*

**Người đại diện trước pháp luật/ Người được ủy quyền /người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở (đối với cơ sở bán lẻ thuốc)**

*(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))*

*Ghi chú:*

1. Liệt kê Giấy chứng nhận GPs còn hiệu lực tại địa điểm kinh doanh nếu có.
2. Liệt kê Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược còn hiệu lực nếu có.
3. Ghi rõ tên website/ ứng dụng/ nền tảng số thương mại điện tử bán hàng.
4. Ghi rõ tên sàn giao dịch thương mại điện tử/ nền tảng số trung gian thương mại điện tử.

**Mẫu số 06/GPP: Thông báo chấm dứt hoạt động bán thuốc/nguyên liệu làm thuốc theo phương thức thương mại điện tử**

# CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

**Đ ộc lập - Tự do - Hạnh phúc**

# THÔNG BÁO

**Chấm dứt hoạt động bán thuốc/nguyên liệu làm thuốc theo phương thức thương mại điện tử**

Kính gửi: ….......

Tên cơ sở

.…………….…………………….………………………………………… Hoạt động bán buôn thuốc, nguyên liệu làm thuốc: ☐

Hoạt động bán lẻ thuốc: ☐

Địa chỉ:

.……………………….…………….…………………………………………….

1. Đã được cấp Giấy chứng nhận thực hành tốt(1): ☐

Giấy chứng nhận thực hành ........ tốt số: ……………… do cấp ngày

……………….

1. Đã được cấp Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược (2): ☐

Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược số:.…………….do cấp ngày

......

1. Cơ sở xin thông báo chấm dứt hoạt động bán thuốc/nguyên liệu làm thuốc theo phương thức thương mại điện tử đối với: (3) kể từ:

......................................

Cơ sở cam kết đã thực hiện đầy đủ các quy định của pháp luật về kinh doanh thương mại điện tử.

*………….., ngày tháng năm*

**Người đại diện trước pháp luật/ Người được ủy quyền /người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược của cơ sở (đối với cơ sở bán lẻ thuốc)**

*(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))*

*Ghi chú:*

1. Liệt kê Giấy chứng nhận GPs còn hiệu lực tại địa điểm kinh doanh nếu có.
2. Liệt kê Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược còn hiệu lực nếu có.
3. Ghi rõ tên website/ứng dụng/nền tảng số thương mại điện tử.