

PHỤ LỤC II

MẪU GIẤY XÁC NHẬN THỜI GIAN THỰC HÀNH TẠI CƠ SỞ THỰC HÀNH CHUYÊN MÔN

(Kèm theo Nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08/5/2017 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật dược)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN

Thời gian thực hành tại cơ sở thực hành chuyên môn về dược

Tên cơ sở:.....Địa chỉ:.....;

Số giấy CNĐĐKKDD:...(1).....

Xác nhận Ông/Bà

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

Ngày cấp: Nơi cấp:.....

Thường trú tại

Đã có thời gian thực hành được tại:

Từ ngàyđến ngày.....

Nội dung thực hành: (2)

Tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm về xác nhận trên./

....., ngày tháng năm

Người đại diện trước pháp luật/người được ủy quyền

(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu (nếu có))⁽³⁾

Ghi chú:

(1) Điền số giấy CNĐĐKKDD nếu là cơ sở kinh doanh dược

(2) Ghi nội dung thực hành theo quy định tại Điều 20 của Nghị định 54/2017/NĐ-CP.

(3) Đối với cơ sở thực hành là nhà thuốc, không phải đóng dấu vào Giấy xác nhận.