*MẪU BÁO CÁO GPP*

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

**BÁO CÁO**

Hoạt động và duy trì đáp ứng thực hành tốt cơ sở bán lẻ thuốc (GPP)

Kính gửi: Sở Y tế tỉnh Lạng Sơn

**I . THÔNG TIN CHUNG:**

* Tên cơ sở:
* Địa chỉ:
* Điện thoại: Fax: Email:

**1.2. Hồ sơ pháp lý**

- Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh số:

- Giấy chứng nhận đăng ký địa điểm kinh doanh số:

- Giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh dược số: /ĐKKDD-LS ngày cấp

- Giấy chứng nhận đáp ứng thực hành tốt GPP số: /GPP ngày cấp….

- Người đại diện pháp luật:

-  Người chịu trách nhiệm chuyên môn về dược:

- Chứng chỉ hành nghề số: , nơi cấp ,ngày cấp….

- Giấy xác nhận cập nhật kiến thức chuyên môn về dược số… , nơi cấp………. (nếu có)

Phạm vi:……………………………

**II. BÁO CÁO HOẠT ĐỘNG VÀ DUY TRÌ ĐÁP ỨNG GPP**

**2.1. Cơ cấu tổ chức nhân sự tại cơ sở**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Trình độ chuyên môn** | **Chức vụ** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2.2. Cơ sở vật chất, trang thiết bị** *(Diện tích, tủ bảo quản, giá kệ, điều hòa……)*

**2.3. Hồ sơ tài liệu** *(bao gồm cả phần mềm kết nối dược quốc gia…)*

**2.4. Tình hình kinh doanh dược** *(trong vòng 3 năm kể từ ngày đánh giá gần nhất)*

+ Doanh số mua vào:..........................................................................................

+ Doanh số bán ra:..............................................................................................

+ Số đơn thuốc đã bán:.......................................................................................

+ Chất lượng thuốc:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Chất lượng thuốc** | **Số loại** | **Số lượng** |
|  | Thuốc quá hạn dùng |  |  |
|  | Thuốc không đạt chất lượng |  |  |
|  | Thuốc giả |  |  |
|  | Thuốc bị đình chỉ lưu hành |  |  |
|  | Thuốc không được phép lưu hành |  |  |

**2.4. Thay đổi:** (nếu có)

…….

Chúng tôi đồng ý và sẵn sàng để Sở Y tế tiến hành đánh giá tại cơ sở về việc duy trì đáp ứng tiêu chuẩn GPP trong phạm vi chứng nhận mà chúng tôi đã được cấp.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Như kính gửi;  - Lưu: đơn vị. | *..............., ngày ........tháng.........năm........*  **Người chịu trách nhiệm chuyên môn/**  **Người đại diện theo pháp luật** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |