Mẫu số 04 – Phụ lục I

*(Ban hành kèm theo Nghị định số 54/2017/NĐ-CP ngày 08/5/2017 )*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
-------------**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp lại Chứng chỉ hành nghề dược**

Kính gửi: …………………(1)………………….

1. Họ và tên: ……………………………….…………………………………

2. Ngày, tháng, năm sinh: ……………………………….……………………

3. Chỗ ở hiện nay: …………….…….…………………….…………….……..

4. Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú: …………….……………………………

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

Ngày cấp: ……………………. Nơi cấp: ………………………………………

6. Điện thoại: …………………………. Email (nếu có): …………………….

7. Văn bằng chuyên môn: ………………..Đã được cấp CCHN dược số: ………… ngày ………

Theo hình thức: Xét hồ sơ □ Thi □

8. Phạm vi hành nghề đã được cấp:

(1) ……………………………………………………………………………..

(2) ………………………………………………………………………………

9. Tên và địa chỉ của cơ sở dược: .…………….……………………………………………………

10. Vị trí đang hành nghề (nếu đang hành nghề) .…………….…………………………………

11. Lý do (mất, hư hỏng): .…………….……………………….…………….……………………

□ Tôi xin cam kết về tính xác thực của việc mất Chứng chỉ hành nghề dược đồng thời không sử dụng Chứng chỉ hành nghề dược đã mất để hành nghề (2).

Sau khi nghiên cứu Luật dược và các quy định khác về hành nghề dược, tôi xin cam đoan thực hiện nghiêm túc và đầy đủ các quy định hiện hành của Luật dược và các văn bản quy phạm pháp luật về dược có liên quan. Nếu vi phạm tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật.

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét và cấp lại chứng chỉ hành nghề dược cho tôi.

Tôi xin gửi kèm theo đơn này các tài liệu theo quy định tại Nghị định số ……/2017/NĐ-CP ngày …/…./2017 của Chính phủ./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……(3)….., ngày ……. tháng ……. năm …….***Người làm đơn***(Ký và ghi rõ họ tên)* |

*Ghi chú:*

(1) Tên cơ quan cấp CCHND.

(2) Đánh dấu vào ô vuông trong trường hợp cấp lại CCHND với lý do bị mất CCHND.

(3) Tên địa danh.