



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
TRUNG TÂM KIỂM NGHIỆM

PHIẾU YÊU CẦU KIỂM NGHIỆM

Số:

- Đơn vị gửi mẫu:
- Địa chỉ:
- Người gửi mẫu: - Điện thoại liên lạc: Fax
- Ngày gửi mẫu: - Ngày trả lời kết quả:
- Đồng ý với Quy định về việc gửi mẫu kiểm nghiệm: Đồng ý Không đồng ý

STT	Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng, số đăng ký	Lô SX, Ngày SX, Hạn dùng	Số lượng gửi	Tên nhà sản xuất	Tên nhà nhập khẩu	Yêu cầu KN	Phương pháp thử
							<input type="checkbox"/> TCCS <input type="checkbox"/> ĐĐVN <input type="checkbox"/> TTKN lựa chọn
							<input type="checkbox"/> TCCS <input type="checkbox"/> ĐĐVN <input type="checkbox"/> TTKN lựa chọn
							<input type="checkbox"/> TCCS <input type="checkbox"/> ĐĐVN <input type="checkbox"/> TTKN lựa chọn
							<input type="checkbox"/> TCCS <input type="checkbox"/> ĐĐVN <input type="checkbox"/> TTKN lựa chọn
							<input type="checkbox"/> TCCS <input type="checkbox"/> ĐĐVN <input type="checkbox"/> TTKN lựa chọn

- Sử dụng nhà thầu phụ: Có Không
- Nếu phương pháp đề nghị như trên không thực hiện được, người gửi mẫu đồng ý cho PTN thử theo phương pháp khác phù hợp: Có Không
- Chuẩn Khách hàng cung cấp:
- Trung tâm xin cam kết bảo mật về thông tin mẫu và thông tin của khách hàng (ngoại trừ trường hợp khi pháp luật yêu cầu)/.

Lưu ý: Quý khách hàng ghi đúng, đầy đủ thông tin để lập phiếu kết quả thử nghiệm. Chúng tôi sẽ không thay đổi thông tin về mẫu sau khi phát hành phiếu kết quả thử nghiệm và hóa đơn.

NGƯỜI NHẬN MẪU

Đà Nẵng, ngàythángnăm 20....
NGƯỜI GỬI MẪU