

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

**SỞ Y TẾ**  
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)**

**GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ 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 quản lý chuyên môn:

Phạm vi:

Giấy xác nhận này có giá trị ba năm kể từ  
ngày ký.

... .., ngày tháng năm

**Lãnh đạo cơ sở**

(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)