Hôm nay, Lúc: giờ, Ngày tháng năm

- Đại diện:

- Thủ kho:

|  |
| --- |
| Chi tiết về nhà cung cấp: |
| Tên: |
| Địa chỉ: |
| Điện thoại: Fax: Email: |
| Người đại diện: |
| Mô tả sản phẩm dịch vụ cung cấp (Tên nhóm sản phẩm, Nhà sản xuất, hãng sản xuất, độ tinh khiết, mã code hoặc kích thước ): |
| Mô tả năng lực, phương tiện (kèm tài liệu, nếu cần): |
| Hệ thống chất lượng:  Có hệ thống chất lượng dạng văn bản? Nếu có, theo tiêu chuẩn nào  [ ] [ ] |
| Công ty (nhà cung cấp) có chấp nhận sự đánh giá của Trung tâm Kiểm nghiệm thuốc, mỹ phẩm, thực phẩm không?  Có [ ] Không [ ] |
| Chữ ký của đại diện nhà cung cấp (ký tên và đóng dấu)  Tên: Chức vụ: Ngày: |
| Phần đánh giá của Trung tâm Kiểm nghiệm thuốc, mỹ phẩm, thực phẩm |
| Chấp nhận nhà cung cấp [ ] Không chấp nhận nhà cung cấp [ ] |
| Tình trạng chấp nhận/không chấp nhận |
| \* Chất lượng SP, DV khi giao Chấp nhận [ ] Không chấp nhận [ ]  \* Chất lượng SP, DV trong sử dụng Chấp nhận [ ] Không chấp nhận [ ]  \* Hồ sơ kỹ thuật SP, DV khi cung cấpChấp nhận [ ] Không chấp nhận [ ]  \* Phương thức thanh toán Chấp nhận [ ] Không chấp nhận [ ]  \* Dịch vụ sau bán hàng Chấp nhận [ ] Không chấp nhận [ ]  \* Phụ tùng thay thế Chấp nhận [ ] Không chấp nhận [ ] |
| Ký tên: Giám đốc Ngày: |