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: |