

III. THIẾT BỊ CỦA CƠ SỞ:

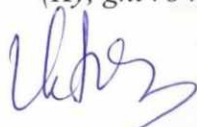
STT	Tên thiết bị	Ký hiệu thiết bị (MODEL)	Nguồn gốc xuất xứ	Số lượng	Tình trạng sử dụng
1	Máy 5 Frong 1	fadium	Hàn Quốc	2	Tốt
2	Máy Oxy	A1 Brighty Oxy	Hàn Quốc	1	Tốt
3	Máy phun sương	Nelou	Việt Nam	1	Bình thường

IV. THỜI GIAN BẮT ĐẦU HOẠT ĐỘNG: ngày ..10... tháng ..10... năm ..2016..

V. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG ĐĂNG KÝ:

Chăm sóc da mặt,⁶ phun xăm máy môi, massage body.....

NGƯỜI ĐỨNG ĐẦU CƠ SỞ
(Ký, ghi rõ họ tên)


Lê Thị Huyền Trang

¹ Tên cơ sở dịch vụ thẩm mỹ.

² Địa danh.

³ Sở Y tế nơi cơ sở dịch vụ thẩm mỹ hoạt động.

⁴ Đối với người có giấy chứng nhận hoặc chứng chỉ đào tạo về phun, xăm, thêu trên da.

⁵ Đối với người có giấy chứng nhận đã được tập huấn về phòng, chống lây nhiễm các bệnh qua đường máu, dịch sinh học.

⁶ Ghi cụ thể các dịch vụ thẩm mỹ của cơ sở trừ các dịch vụ được quy định tại khoản 2 Điều 38 Nghị định số/2016/NĐ-CP ngày ... tháng ... năm 2016.