

Mẫu số 03

(Ban hành kèm Thông tư số/2015/TT-BYT ngày ... tháng ... năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Tên tổ chức, cá nhân:

Địa chỉ:

KẾ HOẠCH GIÁM SÁT ĐỊNH KỲ

Sản phẩm:

Tần suất kiểm nghiệm	Chỉ tiêu kiểm nghiệm	Đơn vị lấy mẫu	Đơn vị kiểm nghiệm

....., ngày tháng năm

ĐẠI DIỆN TỔ CHỨC, CÁ NHÂN

(Ký tên, đóng dấu)

Nguồn: Thông tư 49/2015/TT-BYT