

**CÔNG TY TRÁCH NHIỆM  
HỮU HẠN MEDIUSA**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: 03/2023/QC-MEDIUSA

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 26 tháng 05 năm 2023

## **VĂN BẢN CÔNG KHAI**

**Nội dung và hình thức dự kiến quảng cáo trang thiết bị y tế**

Kính gửi: Bộ Y tế

1. Tên cơ sở công khai: **CÔNG TY TRÁCH NHIỆM HỮU HẠN MEDIUSA**

Mã số thuế: 0312197390

Địa chỉ: 154 - 156 Khánh Hội, Phường 06, Quận 4, Thành phố Hồ Chí Minh

Điện thoại: 0932229988

Fax:

Email: thaiphuong@mediusa.vn

Website (nếu có):

2. Người đại diện hợp pháp của cơ sở:

Họ và tên: THÁI THỊ TÚ PHƯƠNG

Số CMND/Định danh/Hộ chiếu: 022048492 ngày cấp: 26/03/2012 nơi cấp: Công an thành phố Hồ Chí Minh

Điện thoại cố định: 0932229988

Điện thoại di động: 0932229988

3. Thông tin về trang thiết bị y tế dự kiến quảng cáo:

- Tên trang thiết bị y tế: Máy đo huyết áp điện tử bấm tay

- Tên thương mại (nếu có):

- Chung loại: TP-33; SP-33 Max; SP-339 Pro

- Mã sản phẩm (nếu có):

- Hãng sản xuất: MediUSA Inc

- Nước sản xuất: Mỹ

- Số lưu hành: 230001045/PCBB-HCM

- Tính năng, tác dụng : Máy đo huyết áp điện tử tự động dành cho bấm tay sử dụng để đo huyết áp và nhịp tim

- Tên, địa chỉ của chủ sở hữu số lưu hành trang thiết bị y tế: CÔNG TY TRÁCH NHIỆM HỮU HẠN MEDIUSA, 154 - 156 Khánh Hội, Phường 06, Quận 4, Thành phố Hồ Chí Minh

- Cảnh báo liên quan đến sức khỏe người sử dụng, điều kiện bảo quản (nếu có)

Chúng tôi công khai nội dung và hình thức dự kiến quảng cáo đối với trang thiết bị y tế như sau:

Nội dung dự kiến quảng cáo: Như file đính kèm

Hình thức dự kiến quảng cáo: Không phải báo nói, báo hình

Cơ sở cam kết:

1. Nội dung thông tin công khai là chính xác, hợp pháp và theo đúng quy định. Nếu có sự giả mạo, không đúng sự thật cơ sở xin chịu hoàn toàn trách nhiệm và sẽ bị xử lý theo quy định của pháp luật.
2. Bảo đảm nội dung quảng cáo phù hợp với bản nội dung dự kiến quảng cáo đã công khai và hồ sơ công bố tiêu chuẩn áp dụng đối với trang thiết bị y tế thuộc loại A, B hoặc hồ sơ đăng ký lưu hành đối với trang thiết bị y tế thuộc loại C, D.

**Người đại diện hợp pháp của cơ sở**  
*(Ký tên, ghi họ tên đầy đủ, chức danh)*  
*Xác nhận bằng dấu hoặc chữ ký số*