

Hà Nội, ngày 15 tháng 01 năm 2026

VĂN BẢN CÔNG KHAI

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

Kính gửi: Cục Hạ tầng và Thiết bị y tế - Bộ Y tế

1. Tên cơ sở công khai: CÔNG TY CỔ PHẦN HEALTHCARE ANC

Mã số thuế: 0106907302

Địa chỉ: Số 44 ngõ 197 Định Công, Phường Định Công, Thành phố Hà Nội

Điện thoại: 0902566636

Fax:

Email: ngocvn02@gmail.com

Website:

2. Người đại diện hợp pháp của cơ sở:

Họ và tên: Trần Thị Mai Sương

Số căn cước/Hộ chiếu: 049199008277 ngày cấp: 28/08/2022 nơi cấp: Cục cảnh sát Quản lý hành chính về trật tự xã hội

Điện thoại cố định: 0902566636

Điện thoại di động: 0902566636

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

- Tên thiết bị y tế: MIẾNG DÁN LẠNH

- Chủng loại: BABYBƠ

- Mã sản phẩm (nếu có):

- Hãng sản xuất: CHI NHÁNH CÔNG TY CỔ PHẦN DPHARM

- Nước sản xuất: VIET NAM

- Số lưu hành: 250002673/PCBA-HN

- Tính năng, tác dụng: Giúp làm mát, hạ nhiệt nơi chườm khi nóng, sốt, nhiệt độ cơ thể tăng cao khi trời nắng, say nắng, làm dịu vùng da bị cháy nắng.

Sử dụng làm mát trong các trường hợp cơ thể bị nóng, sốt.

- Tên, địa chỉ của chủ sở hữu số lưu hành thiết bị y tế: CÔNG TY CỔ PHẦN HEALTHCARE ANC, Số 44 ngõ 197 Định Công, Phường Định Công, Thành phố Hà Nội

- 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 thiết bị y tế như sau:

Nội dung dự kiến quảng cáo:

Giúp làm mát, hỗ trợ hạ sốt

Hình thức dự kiến quảng cáo:

Không phải báo nói báo hình

Quảng cáo bằng pano, áp phích, tờ rơi, băng rôn, catalog, phương tiện giao thông, hội nghị, tổ chức sự kiện, triển lãm. - Quảng cáo trên website, internet, facebook, zalo và mạng xã hội.

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 thiết bị y tế thuộc loại A, B hoặc hồ sơ đăng ký lưu hành đối với thiết bị y tế thuộc loại C, D.

Người đại diện hợp pháp của cơ sở



[Handwritten signature]

GIÁM ĐỐC

Trần Thị Mai Phương

