**药品零售企业（单体药店、连锁门店）开办许可、GSP认证申请表**

**(仅供参考，以网报打印为准)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业类型 | □连锁门店 □单体店 □单体分店 | | | | |
| 企业名称 | 系统共享 | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | |
| 所属区域 | 系统共享 | | | | |
| 注册地址 | 系统共享 | | | | |
| 经营方式 | □零售 □零售连锁 | | | | |
| 总部（店） |  | | | | |
| 经营范围 | 系统勾选 | | | | |
| 是否有仓库 | □是 □否 | | | | |
| 仓库地址 |  | | | | |
| 仓库面积 |  | | | | |
| 营业场所面积 |  | | | | |
| 法定代表人 | 系统共享 | | 身份证号码 | 系统共享 | |
| 企业负责人 |  | | 身份证号码 |  | |
| 质量负责人 |  | | 身份证号码 |  | |
| 企业联系人 |  | | 联系电话 |  | |
| 驻店药师情况 | | | | | |
| 姓名 | 身份证号 | 联系电话 | | | 药学职称 |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
| **保证（承诺）申明**  本企业承诺所提交的全部资料真实有效，并承担一切法律责任。同时，保证按照法律法规的要求从事药品经营活动。  **申请人签字（盖章） 委托代理人（签字）：**  **年 月 日 年 月 日** | | | | | |