

编号：

换发药品经营许可证 申请表

企业名称：_____四平市-----大药房_____

填表日期：_____**** 年 ** 月 ** 日_____

联系人：_____李四_____

联系电话：_____76786868688_____

四平市市场监督管理局制

换发药品经营许可证申请表

| | | | |
|-------|---|---------|-------------|
| 企业名称 | 四平市-----大药房 | | |
| 注册地址 | 四平市铁西区 ----街道----幢---号（--层 | | |
| 经营方式 | <input type="checkbox"/> 零售连锁总部 <input type="checkbox"/> 零售连锁门店 <input checked="" type="checkbox"/> 零售药店 | | |
| 法定代表人 | 李四 | 企业负责人 | 张三 |
| 质量负责人 | 赵五 | 质量机构负责人 | 赵五 |
| 企业类型 | <input checked="" type="checkbox"/> 法人企业 <input type="checkbox"/> 非法人企业 | 证号 | 吉 DA4340169 |
| 仓库地址 | ----- | | |
| 经营范围 | <input checked="" type="checkbox"/> 化学药制剂 <input checked="" type="checkbox"/> 中成药 <input checked="" type="checkbox"/> 抗生素 <input checked="" type="checkbox"/> 中药饮片 <input checked="" type="checkbox"/> 生化药品 <input checked="" type="checkbox"/> 生物制品（除疫苗） <input type="checkbox"/> 精神药品（限二类） | | |
| 联系人 | | 联系电话 | |