

# 四平市药品零售企业验收申请表

企业名称： 四平市-----大药房

申请人： 李四

联系人： 李四

联系方式： 3213123123131

填表日期： \*\*\*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

受理日期： \*\*\*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

四平市市场监督管理局制

## 填 报 说 明

- 1、申请前应当阅读《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国药品管理法实施条例》、《药品经营许可证管理办法》及吉林省开办药品批发企业有关文件，并确知申请人享有的权利和应履行的义务。
- 2、申请人应对其提出文件、证件的真实性承担责任。
- 3、申请人提交的文件、证件应当是原件和复印件。
- 4、申请人提交的文件、证件、资料应当使用 A<sub>4</sub> 纸。
- 5、内容填写应准确、完整，不得涂改。
- 6、本表一式二份，所列各项内容填写不下可另附页。

表 1

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)					邮政编码	136000		
仓库地址	-----					联系电话	3213123123131		
企业类型	----					注册资金	---		
法定代表人	李四	职务	法定代 表人	职称	---	学历	--	从事药品经营管 理工作年限	7
企业负责人	张三	职务	企业负责 人	职称	---	学历	--	从事药品经营管 理工作年限	8
质量负责人	赵五	职务	质量负责 人	职称	---	学历	--	从事药品经营管 理工作年限	9
经营范围	中成药 化学药制剂 抗生素 生化药品 生物制品 (除疫苗) 中药饮片								
药学技术人员 (填写不下可另附页)									
姓名	职称		学历		专业		从事岗位 (或职务)		
张三	--		--		--		企业负责人		
经营场所质量管理、仓库的设施等主要情况									
经营场所	建筑面积:		88m <sup>2</sup>			使用面积:		80m <sup>2</sup>	
	设施 设备	用途	台	使用部门		数量	型号		
		电脑	-	-----		---	---		
		冷藏柜	-	-----		---	---		
		阴凉柜	-	-----		---	--		
法定代表人签字:				被委托人签字:					
年 月 日				年 月 日					

表2

## 申请企业声明

本申请单位声明：

本申请表中所填报的内容和所附资料均真实、合法。如有不实之处，我单位承担相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。

申请单位法定代表人（签字）

年 月 日