2020010618340951

**北京市药品零售企业换证申请表**

填表日期：×××× 年××月××日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | | | 北京市××××公司 | | | | | | | | | | | | | | |
| 注册地址 | | | 北京市××区××路××号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | | ××× | | | | 身份证号码 | | 110××××××××××××××× | 学历 | | 大学 | | | 执业药师编号 | | ××× | |
| 企业负责人 | | ××× | | | | 身份证号码 | | 110××××××××××××××× | 学历 | | 大学 | | | 执业药师编号 | | ××× | |
| 质量负  责人 | | ××× | | | | 身份证  号码 | | 110××××××××××××××× | | | | 从事药品质管  工作年限 | | | | ××年 | |
| 经营类别 | | | 药 品 非处方药 乙类非处方药 | | | | | | | | | | | | | | |
| 经营方式 | | | ××× | | | | | | | | | | | | | | |
| 经营范围 | | | ××× | | | | | | | | | | | | | | |
| 营业面积 | | | ×××平方米 | | | | | | | | | | | | | | |
| 仓库地  址 | 区县 | | | | 街道 | | 详细地址 | | | 仓库面  积(m2) | | | 常温库  (m2) | | 阴凉库  (m2) | | 冷库  (m3) |
| ××区 | | | | ×××街道 | | ××路××号 | | | ××× | | | ××× | | ××× | | ××× |
| 证书编号 | | | | ××× | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证书有效期 | ××× | | | | |
| 联系人 | ××× | 联系电话（手机） | | 1×××××××××× | |
| 通讯地址 | 北京市××区××路××号 | | 邮政编码 | | 1××××× |
| 邮寄地址：北京市××区××路××号  邮政编码： 1×××××  收件人： ×××  收件人手机号码： 1××××××××××  收件人固定电话：×××××××× | | | | | |

注：1、农村乡镇以下开办药品零售企业，“执业药师”项可填写经过培训取得“北京地区县以下农村药品零售企业药学从业人员资格证书”人员。

2、营业面积指营业场所实际使用面积，不含办公用房、辅助用房面积。