附件1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人 | 姓名 | 联系电话 | 传真 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |
| 主体信息 | 企业名称 |  |
| 住所 |  |
| 办公场所 |  |
| 社会信用代码 |  |
| 互联网药品信息服务资格证书编号 |  |
| 法定代表人 |
| 姓 名 |  | 联系电话\* |  |
| 主要负责人 |
| 姓 名\* |  | 联系电话\* |  |
| 网站信息 | 网站名称 |  |
| 网络客户端应用程序名 |  |
| 网站域名 |  |
| 入驻企业信息 | 序号 | 药品网络销售企业名称 |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| … |  |
| 本单位承诺以上填报信息全部真实、合法、有效，保证严格按照北京市新冠肺炎疫情防控工作的各项要求，提供药品网络交易第三方平台服务。 法定代表人（主要负责人）签字： 公 章： 日 期： |

药品网络交易服务第三方平台信息表