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