附件2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 网络销售类型 | □ 自建类 □ 入驻类 | | | | | |
| 联系人 | 姓名 | | 电话 | | 传真 | 电子邮件 |
|  | |  | |  |  |
| 主 体  信 息 | 企业名称 | | |  | | |
| 住 所 | | |  | | |
| 社会信用代码 | | |  | | |
| 经营场所 | | |  | | |
| 库房地址 | | |  | | |
| 互联网药品信息服务  资格证书编号（自建类必填） | | |  | | |
| 法定代表人 | | |  | | |
| 企业负责人 | | |  | | |
| 自建网站信息  （自建类） | 网站名称 | | |  | | |
| 网络客户端应用程序名 | | |  | | |
| 网站域名 | | |  | | |
| 入驻药品网络交易服务第三方平台信息（入驻类） | 序号 | 药品网络交易第三方平台名称 | | | | |
| 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，提供药品网络销售服务。  法定代表人（主要负责人）签字：  公 章：  日 期： | | | | | | |

药品网络销售信息表