蛋白同化制剂、肽类激素批发企业设立审批申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请企业名称（公章） | 营业执照企业名称 | | | 统一社会信用代码 | 营业执照统一社会信用代码 |
| 注册地址 | 营业执照注册地址 | | | 邮编 | \*\*\*\*\*\* |
| 仓库地址 | 北京市\*\*\*区\*\*\*街道\*\*号 | | | 邮编 | \*\*\*\*\*\* |
| 法定代表人 | 营业执照法人姓名 | | | 电话 | 座机或者手机 |
| 联系人 | \*\*\* | | | 电话 | 座机或者手机 |
| 药品经营许可证编号 | \*\*\*\*\*\*\*\* | | | 药品GSP证书编号 | \*\*\*\*\*\*\*\*\* |
| 序号 | 药品名称 | 类别 | 规格 | | 批准文号 |
|  | 通用名 | \*\*\* | 药品规格 | | 国药准字\*\*\*\*号 |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| 简述申请理由： | | | | | |
| 管理承诺：  我单位已建立蛋白同化制剂、肽类激素专门的验收、检查、保管、销售和出入库登记制度。有蛋白同化制剂、肽类激素专门管理人员。有□专储仓库□专储药柜。 | | | | | |
| 申请单位法定代表人意见：  法定代表人签字  日期： \*\*\*\* 年　\*\* 月　\*\* 日 | | | | | |