药品经营许可证换发申请表

经营者名称（盖章或签字）：

申请日期：年月日

|  |
| --- |
| 敬告  1、申请人应当了解相关的法律、法规，并确知其享有的权利和应承担的义务。  2、申请人应当如实向许可机关提交有关材料和反映真实情况，并对申请材料的真实性、有效性、合法性负责。  3、申请材料应完整、清晰并加盖企业公章。  4、提交的申请材料应当是原件，如需提交复印件的，应当在复印件上注明与原件一致，并由申请人或者指定代表（委托代理人）签字（盖章）。  5、提交的申请材料、证件复印件应当使用A4纸，所有资料要求编页码并成册装订并附一份目录。  6、填写申请书应当字迹工整，使用钢笔或签字笔（蓝色或者黑色）。  7、在申请许可过程中，申请人应当认真阅读申请书的内容。  8、申请人委托他人办理药品经营许可申请的，代理人应当提交授权委托书以及代理人的身份证明文件。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品经营许可证换发申请表 | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 企业名称 |  | | | | | | | |
| 社会信用代码 |  | | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | | | | | |
| 仓库地址 |  | | | 经营方式 |  | | | |
| 经营范围 |  | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | 任职务 |  | 职称 |  | 学历 |  | |
| 企业负责人 |  | 任职务 |  | 职称 |  | 学历 |  | |
| 质量负责人 |  | 任职务 |  | 职称 |  | 学历 |  | |
| 质量管理部门负责人（总部填写） | |  | 从事药品经营管理工作年限 |  | 职称 |  | 学历 |  |
| 许可证号 |  | | 起止日期 |  | | | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  | | | | |
| 人员情况 | 职工总人数 | 验收、养护总人数 | 药学技术人员数 | | | | | |
| 执业药师 | 驻店药师 | 中药师 | 主管药师 | 从业药师 | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
| 设施设备情况 | 营业用房面积(M­2） | 辅助用房面积(M­2） | 办公用房面积(M­2） | 空调（台） | 阴凉柜 | 冷藏设备（台） | 温湿度计（个） | 其它设备 |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 仓库面积(M­2） | 总建筑面积 (M­2） | 常温库面积(M­2） | | 阴凉库面积(M­2） | | 验收养护室面积(M­2） | | 冷库面积 (M­2） |
|
|  |  | |  | |  | |  |

(仅限委托办理使用)

授权委托书

委托人： 联系方式：

被委托人： 联系方式：

兹委托 前往 办理

事宜。

授权范围：□1.接受行政机关依法告知的权利。

□2.代为提交申请材料，更正、补正、补充材料的权利。

□3.代理申请人行政许可审查中的陈述和申辩的权利。

□4.签收行政许可批件的权利。

□5.其他权利 。

委托期限自 年 月 日至 年 月 日。

(委托人签字或盖章) （被委托人签字）

年 月 日 年 月 日

注：已授权的请在□中打“√”，未授权的请在□中打“×”。

委托人身份证复印件粘贴处