附件

药品零售连锁总部许可信息汇总表

发证机关：（盖章） 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 统一社会信用代码 | 企业名称 | 法定代表人 | 企业负责人 | 质量负责人 | 注册地址 | 仓库地址 | 经营方式 | 经营范围 | 《药品经营许可证》证号 | 发证日期 | 有效期至 | 药品GSP认证证书编号 | 发证日期 | 有效期至 | 企业联系人 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 填报人： 联系电话：