**药品零售企业**

**“五证同办”变更申请表**

**（样表）**

拟办企业名称：鞍山市\*\*\*\*医药连锁有限公司铁东分店

地址：鞍山市铁东区\*\*\*\*\*\*\*\*

联系人：王\*\*

联系电话：13000000000

申请日期： 2018年4月15日

**鞍山市行政审批局制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | | | 鞍山市\*\*\*\*医药连锁有限公司铁东分店 | | | | 统一社会信用代码 | | 21030101010101 |
| 注册地址 | | | 鞍山市铁东区\*\*\*\*\* | | | | | | |
| 仓库地址 | | | 无 | | | | | | |
| 证  照  申  请  类  型 | ☑药品经营许可证 | | | 编号 | \*\*\*\*\*\* | 发证时间 | | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 | |
| ☑药品经营质量管理规范认证证书 | | | 编号 | \*\*\*\*\*\* | 发证时间 | | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 | |
| ☑医疗器械经营许可证 | | | 编号 | \*\*\*\*\*\* | 发证时间 | | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 | |
| ☑第二类医疗器械经营备案凭证 | | | 编号 | \*\*\*\*\*\* | 发证时间 | | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 | |
| ☑执业药师注册证 | | | 编号 | \*\*\*\*\*\* | 发证时间 | | \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 | |
| 变  更  项  目 | 原  内  容 | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | | | | | | | |
| 拟  变  更  内  容 | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | | | | | | | |
| 保证声明 | | 我（单位）郑重声明，所提供资料真实、合法。如有不实，我（单位）愿意承担一切法律责任。    申请人（签字或公章）： | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 审批部门意见 | 承办意见：    签字： 　　　 年 月 日 |
| 审核意见：    签字： 　　　 年 月 日 |
| 审批意见：  （公 章）  签字: 年 月 日 |