**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 |