**药品零售企业**

**“五证同办”变更申请表**

申请单位名称（公章）：

地址：

联系人：

联系电话：

申请日期： 年 月 日

**鞍山市行政审批局制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | | |  | | | | 统一社会信用代码 | |  |
| 注册地址 | | |  | | | | | | |
| 仓库地址 | | |  | | | | | | |
| 证  照  申  请  类  型 | □药品经营许可证 | | | 编号 |  | 发证时间 | |  | |
| □药品经营质量管理规范认证证书 | | | 编号 |  | 发证时间 | |  | |
| □医疗器械经营许可证 | | | 编号 |  | 发证时间 | |  | |
| □第二类医疗器械经营备案凭证 | | | 编号 |  | 发证时间 | |  | |
| □执业药师注册证 | | | 编号 |  | 发证时间 | |  | |
| 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 |