**药品零售企业**

**“五证同办”注销（标注）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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟注销  企业名称 | | | 鞍山市\*\*\*\*医药连锁有限公司铁东分店 | | | | | | |
| 法定代表人 | | | 李\*\* | | 身份证号码 | | 2103\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | | |
| 企业负责人 | | | 王\*\* | | 身份证号码 | | 2103\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | | |
| 质量负责人 | | | 刘\*\* | | 身份证号码 | | 2103\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | | |
| 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 |
| 药品  经营范围 | | 处方药、非处方药；中成药、中药饮片、化学药制剂、抗生素制剂、生化药品、生物制品（除疫苗）…… | | | | | | | |
| 医疗器械  经营范围 | | 第二类：…… | | | | | | | |
| 第三类：三类6815注射穿刺器械，6821医用电子仪器设备...... | | | | | | | |
| 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 |