**药品零售企业**

**“五证同办”注销（标注）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**

|  |  |
| --- | --- |
| 拟注销企业名称 |   |
| 法定代表人 |   | 身份证号码 |   |
| 企业负责人 |   | 身份证号码 |   |
| 质量负责人 |   | 身份证号码 |   |
| 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 |  |
| 药品经营范围 |  |
| 医疗器械经营范围 | 第二类： |
| 第三类： |
| 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 |