附件1

宝鸡高新区零售药店开办“一件事”综合申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 企业类型 | □个人独资企业 □有限责任公司 □股份有限公司 □法人分支机构□其它企业性质 | 联 系 人 |  |
| 住 所 |  | 联系电话 |  |
| 经营方式 | □单体零售 □零售连锁门店 |
| 经营场所 |  |
| 库房地址（如有） |  |
| 法定代表人 | 姓名 |  | 职称 |  | 执业资格 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 药品经营管理年限 |  | 学历 |  |
| 主要负责人 | 姓名 |  | 职称 |  | 执业资格 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 药品经营管理年限 |  | 学历 |  |
| 质量负责人 | 姓名 |  | 职称 |  | 执业资格 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 药品经营管理年限 |  | 学历 |  |
| 经营场所实用面积： m2用房性质： | 药品经营面积 m2 | 器械经营面积 m2 |
| 食品经营面积 m2 | 专区专柜面积 m2 |
| 经营场所设施设备（可补充） | 空调（ ）台 冰箱（ ）台 电脑（ ）台柜台（ ）个 货架（ ）个 干湿温度计（ ）个 |
| 库房 | 库房面积（m2） | 常温库面积（m2） | 辅助功能库面积（m2） | 用房性质 | 用途 |
| 1 |  |  |  |  | 🞎药品🞎食品 🞎医疗器械 |
| 冷藏贮存设施设备情况（总容积： m3） | 设备名称： 容积：  | 🞎药品🞎食品 🞎医疗器械 |
| 驻店药师基本情况 | 姓名 | 性别 | 西药师/中药师 | 是否为执业药师 | 学历 | 药品经营管理年限 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 计算机应用软件名称及版本 |  |
| 申请事项情况 |
| **申请项目** | □药品零售企业许可（零售新开办）□第三类医疗器械经营许可（零售新开办）□第二类医疗器械经营备案（零售新开办）□预包装食品经营备案（新开办）□牌匾标识审查登记(按需办理) |
| **药品零售企业****许可** | 经营方式 | □单体零售企业 □零售连锁企业  |
| 经营类别 | □处方药 □甲类非处方药 □乙类非处方药 |
| 经营范围 | □中药饮片 □中成药 □化学药 □血液制品□第二类精神药品 □细胞治疗类生物制品及其他生物制品 □以上含冷藏药品 |
| **第三类医疗器械经营许可** | 经营方式 | □批发 □零售 □批零兼营 |
| 经营范围 | □ 2002 版分类目录 □ 2017 版分类目录 |
| 是否经营体外诊断试剂 | □是（需低温冷藏运输贮存）□是（不需低温冷藏运输贮存）□否 |
| **第二类医疗器械经营备案** | 经营方式 | □批发 □零售 □批零兼营 |
| 经营范围 | □ 2002 版分类目录 □ 2017 版分类目录 |
| 是否经营体外诊断试剂 | □是（需低温冷藏运输贮存）□是（不需低温冷藏运输贮存）□否 |
| **仅销售预包装食品经营备案** | 预包装食品销售 | □含冷藏冷冻食品 □不含冷藏冷冻食品 |
| 特殊食品销售 | □婴幼儿配方乳粉 □其他婴幼儿配方食品□保健食品销售 □特殊医学用途配方食品 |
| **牌匾标识审查登记** | 设置地址 |  |
| 设置内容 |  |
| 尺寸（单位：米） | 长度： 高度： 厚度： |
| 牌匾类型（制作材质） |  |

|  |
| --- |
| **企业从业人员一览表** |
| 序号 | 姓名 | 年龄 | 性别 | 身份证号 | 学历 |  职称 | 专业 | 岗位 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **主要设施设备目录** |
| 序号 | 名称 | 厂家 | 型号 | 数量 | 摆放/安装位置 | 用途 |
|  |  |  |  |  |  | □药品 □器械 □食品 |
|  |  |  |  |  |  | □药品 □器械 □食品 |
|  |  |  |  |  |  | □药品 □器械 □食品 |
|  |  |  |  |  |  | □药品 □器械 □食品 |
| 备注：1.本表适用于企业零售药店开办“一件事”申请。2.企业所有人员均应填报，并据实填写，兼任多个岗位的，应当在岗位职务或备注里注明。3.以下岗位务必注明：**法定代表人、主要负责人、药品质量负责人、食品安全专业技术人员、食品安全管理人员、医疗器械质量负责人、医疗器械专业技术人员、医疗器械售后服务人员、库管员等。**4.以下岗位根据经营范围注明：**药品中药调剂员、医疗器械主管检验师、医疗器械试剂验收员、医疗器械验光员、医疗器械助听器验配员等。**5.表格不够填写可另附页。  |
| 自我保证声明**本企业申请办理零售药店开办“一件事”，郑重声明：**一、本企业严格恪守《中华人民共和国药品管理法》《中华人民共和国药品管理法实施条例》《药品经营和使用质量监督管理办法》《医疗器械经营监督管理办法》《医疗器械经营质量管理规范》《中华人民共和国食品安全法》等法律法规及各项规定，办理开药店“ 一件事”的申请手续，依法开展各事项的经营活动；积极配合监管部门的工作，对存在的问题及时进行整改。二、办理零售药店开办“一件事”所提交的涉及申请事项材料的真实性、合法性等法律责任由本企业法定代表人或企业负责人负责。审批部门已公开告知办理所需许可、备案条件，办理所需材料、办理所需流程，本企业责任人已全部知悉并承诺能满足具备上述条件， 可随时接受现场检查。三、本企业承诺：1.本企业及本次申请所涉及的所有人员无《药品管理法》（2019年修订）第118条、第122条、第123条、第124条、第125条、第141条、第142条规定的情形；2.本次申请所涉及的企业、企业法定代表人（企业负责人）、质量负责人无违法违规遗留案件；3.过去五年内，企业食品安全管理人员担任直接负责的主管人员和食品安全管理人员所在的食品经营单位，不存在被吊销食品生产经营（卫生、生产、流通或者餐饮服务）许可证的情形。**本企业保证**：本申请表中所申报的内容和所附资料均真实、有效、合法，如有不实之处，本企业愿负相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。法定代表人签字（公章）： 被委托人签字：联系电话： 联系电话： 年 月 日 |