附件2

**零售药店门店评级申请表**

药店名称：（公章）

申请日期：年月日

申请评定级别：

受理日期：年月日

受理通知编号：

填 表 说 明

一、本表以打印方式填写，提交电子版和纸质版。纸质版用A4纸一式三份。

二、以下材料随申请表一并报送，并标明目录及页码，装订成册。

1.营业执照复印件（加盖公章）；

2.药品经营许可证、食品经营许可证、医疗器械经营许可证复印件（加盖公章）；

3.执业药师证书等药学技术人员资格证书的复印件（加盖公章）。

零售药店分级评价申请表

**药店名称：       （公章） 日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店类型  （请勾选） | □单体 □连锁 | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 药店负责人 |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 药店质量负责人 |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 联系人 |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 药店开办年限 |  | | 职工人数 | |  | | 上年销售额（万元） | |  |
| 药店面积  （平方米） |  | | | | 经营药品品规数（个） | | | |  |
| 经济性质  （请勾选） | □非公司企业法人 | | | | | □有限责任公司 | | | |
| □股份有限责任公司 | | | | | □个体工商户 | | | |
| □私营独资企业 | | | | | □私营合伙企业 | | | |
| 近三年内有无因违法违规经营药品、商业贿赂等被行政处罚的行为，有无违反GSP规定被撤销GSP认证证书的情况 | | | |  | | | | | |
| 连锁信息  （连锁药店填写） | 总部名称 | | |  | | | | | |
| 总部统一社会信用代码 | | |  | | | | | |
| 总部地址 | | |  | | | | | |
| 门店性质 | | | □直营 □加盟 | | | | | |
| 配送中心 | □自有 | | （请填写自有配送中心地址、面积㎡） | | | | | |
| □委托配送 | | （请填写委托配送方信息） | | | | | |
| **申报零售药店评价等级：\_\_\_\_\_\_\_\_\_级。**    申请药店（盖章）：  法定代表人或授权经营者签字：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| **评级办公室初审意见：**  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | | |