**北京市药品零售企业注销申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称 |  |
| 注册地址 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号码 |  | 执业药师编号 |  |
| 企业负责人 |  | 身份证号码 |  | 执业药师编号 |  |
| 质量负责人 |  | 身份证号码 |  |
| 经营类别 | □药 品 □非处方药 □乙类非处方药 |
| 经营范围 |  |
| 营业面积 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 仓库地址(列表形式) | 仓库面积(m2) | 常温库(m2) | 阴凉库(m2) |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 证书编号 |  |
| 证书有效期 |  |
| 联系人 |  | 联系电话（手机） |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 邮寄地址： 收件人：收件人手机号码：收件人固定电话： |

注：1、农村乡镇以下开办药品零售企业，“执业药师”项可填写经过培训取得“北京地区县以下农村药品零售企业药学从业人员资格证书”人员。

2、营业面积指营业场所实际使用面积，不含办公用房、辅助用房面积。