**北京市药品零售企业变更申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
| 组织机构代码 |  | | | | | | | | | | |
| 变更事项 | 企业名称  注册地址  法定代表人  企业负责人  质量负责人  经营范围  锁经营方式  仓库地址 | | | | | | | | | | |
| **项目** | **原核准事项** | | | | | | **申请变更事项** | | | | |
| 企业名称 |  | | | | | |  | | | | |
| 注册地址 | 区县 | |  | | | | 区县 | | | |  |
| 街道 | |  | | | | 街道 | | | |  |
| 注册地址 | |  | | | | 注册地址 | | | |  |
| 原址所在地分局意见（跨区变更）：  （盖章） | | | | | | | | | | |
| 法定代表人  （身份证号码） | 姓名 | | |  | | | | | |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | |  | |
| 学历 | | |  | | | | | |  | |
| 执业药师编号 | | |  | | | | | |  | |
| 企业负责人  （身份证号码） | 姓名 | | |  | | | | | |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | |  | |
| 学历 | | |  | | | | | |  | |
| 执业药师编号 | | |  | | | | | |  | |
| 质量负责人  （身份证号码） | 姓名 | | |  | | | | | |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | |  | |
| 学历 | | |  | | | | | |  | |
| 执业药师编号 | | |  | | | | | |  | |
| 技术职称 | | |  | | | | | |  | |
| 经营范围 |  | | | | | | |  | | | |
| 连锁经营方式 | 零售、零售（连锁） | | | | | | | 零售、 零售（连锁） | | | |
| 变更前仓库地址（包括增减仓库） | | | | | | | | | | | |
| 区县 | | 街道 | | | | 仓库地址 | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
| 变更后仓库地址（包括增减仓库） | | | | | | | | | | | |
| 区县 | | 街道 | | | | 仓库地址 | | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |
| 邮寄地址：  邮政编码：  收件人：  手机号码：  收件人固定号码： | | | | | | | | | | | |