附件3

清远市社会保险定点零售药店

资格申请表

申请单位：

申请日期： 年 月 日

清远市人力资源和社会保障局监制

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药 店 名 称 | |  | | | 是否连锁 |  |
| 药 店 地 址 | |  | | | | |
| 所在镇（街道） | |  | 是否独立法人 |  | | |
| 药品经营许可证证号 | |  | 法定代表人 |  | | |
| 营业执照注册号 | |  | 邮政编码 |  | | |
| GSP认证证书编号 | |  | 正式营业时间 |  | | |
| 负责人 | |  | 联系电话 |  | | |
| 建筑 面 积 | |  | 电子邮箱 |  | | |
| 开户银行及帐号 | |  | | | | |
|  | 法人代表（负责人）签名：  （申请单位印章）  年 月 日 | | | | | |

填 写 说 明

一、本表用蓝色或黑色钢笔（签字笔）填写，A4纸打印，字迹工整清楚，内容真实。

二、零售药店申请定点零售药店时，请附以材料清单列示的相关材料。