附件4

**清远市社会保险定点零售药店申请提交材料清单**

申办机构全称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电子邮箱: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申办日期：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 份数 | 接收份数 | 备注 |
| 1 | 清远市社会保险定点零售药店资格申请表（纸质及电子表格） | 3 |  | 纸质材料2份，电子表格1份。 |
| 2 | 药品经营许可证（复印件） | 1 |  | 核对原件 |
| 3 | 《药品经营质量管理规范认证证书》（复印件） | 1 |  | 核对原件 |
| 4 | 营业执照（复印件） | 1 |  | 核对原件 |
| 5 | 法定代表人身份证（复印件） | 1 |  | 核对原件 |
| 6 | 组织机构代码证（复印件） | 1 |  | 核对原件 |
| 7 | 《执业药师证》《执业药师注册证》（与申请单位一致） | 1 |  | 核对原件、注册地址与申请单位一致 |
| 8 | 工作人员花名册 | 1 |  |  |
| 9 | 服务场所产权或租赁合同相关资料(复印件) | 1 |  | 核对原件 |
| 10 | 企业负责人身份证（复印件） | 1 |  | 核对原件 |
| 11 | 工作人员参保证明（复印件） | 1 |  | 核对原件 |
| 12 | 社保机构要求的其他材料 |  |  |  |

申办人须**承诺对以上所提交的材料真实性负责，并承担相应法律责任。**

抄录以上粗体字部分\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

 申办人签名： 日期：

收件人： 日期： 经办机构盖章：

说明：1、提交以上材料的复印件须加盖公章。

 2、以上证照正在办理中，未有原件的，暂不接受申办申请。

 3、本材料清单一式两份，一份由社会保险经办机构存档，一份交申请人。