药品零售企业申报医疗用毒性药品（配方）经营
申请表

申请单位（盖章）

|  |  |
| --- | --- |
| 经营企业名称 |  |
| 注册地址 |  |
| 邮编 |  | 传　真 |  |
| 仓库地址 |  |
| 经营方式 |  |
| 法定代表人（签名） |  | 联系电话 |  |
| 主管负责人 |  | 联系电话 |  |
| 药品GSP证书编号 |  |
| 经营医疗用毒性药品品种目录 |
|  |
| 主办部门 意见 | 签名： 年 月 日 |
| 局领导审批意见 | 签名： 年 月 日 |

申请行政许可委托书

企业名称： （盖章）

委 托 人：

委托代理人：

联系方式：手机（必填） 固定电话

委托事项：办理该企业 业务。

委托权限为：

□提供受理机关所需的材料；

□根据受理机关的要求补正材料；

□签收有关文书和证件，并转送申请人。

□其他：

委托有效期限：

 年 月 日至 年 月 日止。

委托代理人代表委托人在委托期限办理委托事项所发生的法律责任一律由委托人承担。

|  |
| --- |
| （请在此处粘贴被委托人身份证明复印件正、反面） |

委托人签名： 被委托人签名：

年 月 日 年 月 日

填报说明：

1、“企业名称”一栏：若申请人为公司、非公司企业法人、非公司外资企业、农民专业合作社、个人独资企业、合伙企业的，则填写该企业名称并加盖企业公章；若申请人为分支机构的，则填写隶属企业名称并加盖隶属企业公章；

2、“委托人签字”一栏：企业为公司、非公司企业法人、非公司外资企业、农民专业合作社由法定代表人签字，合伙企业由执行事务合伙人（含委派代表）签字，个人独资企业由投资人签字；若为分支机构的，则由隶属企业法定代表人签字。