附件2

药品经营企业拟恢复经营申请表

填报单位（盖章）： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 药品经营许可证编号 |
| 经营地址 |  |
| 仓库地址 |  |
| 法定代表人 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_联系电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 质量负责人 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_联系电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 停业时间 | 开始：\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 | 申请恢复：\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 |
| 有无重大变更 | □法人变更 □质量负责人变更 □地址变更 □系统更换（均需附批文）  |
| 人员配备 | 质量负责人：□在职 □变更（附资质）  | 药学技术人员：\_\_\_\_人 |
| 设施设备 | 温控系统：□正常 □已校准 |
| 质量确认 | □已盘库 □无质量问题 □需销毁药品是否销毁 |
| 现有库存 | 总品种：\_\_\_\_种 近效期：\_\_\_\_种（处理方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |
| 企业承诺 |  | 法人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 质量负责人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 检查日期 |  |
| 检查结论 |   |

填表说明：1.本表需与所有附件加盖公章后提交；2.应提前30个工作日申请；3.现场检查时备查原始记录