附件3

邵阳市药品医用耗材配送企业备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 备案类别 | 首次备案（ ） 延续备案（ ） | | | | |
| 配送企业名称 |  | | | | |
| 注册地址 |  | | | | |
| 仓库地址 |  | | | | |
| 法人姓名 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 企业负责人姓名 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 质量负责人姓名 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 业务联系人姓名 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 营业执照 | 颁证日期 |  | | 成立日期 |  |
| 营业期限 |  | | 注册资本 |  |
| 经营范围 |  | | | |
| 药品（医用耗材）  经营许可证 | 颁证日期 |  | | 有效期至 |  |
| 许可证  编号 |  | | 日常监督管理机构 |  |
| 经营范围 |  | | | |
| 备注 |  | | | | |