附件2：

**药品经营企业资格声明表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品经营企业名称 |  | | | | |
| 组织机构代码证号 |  | | | | |
| 营业执照证号 |  | | | | |
| 营业执照发照机关 |  | | | | |
| 营业执照发照时间 |  | | | | |
| 营业执照年检情况 | □已年检 | □未年检 | | 年检时间 |  |
| 所在省市 |  | | | | |
| 注册地址 |  | | | | |
| 邮政编码 |  | | | | |
| 法定代表人 |  | | | | |
| 注册资本 | 万元 | | | | |
| 成立和（或）注册日期 |  | | | | |
| 营业期限 | 自 至 | | | | |
| 企业负责人 |  | | | | |
| 经济性质 |  | | | | |
| 公司性质 |  | | | | |
| 药品经营许可证证号 |  | | | | |
| 经营范围 |  | | | | |
| 药品经营许可证发证时间 |  | | | | |
| 许可证有效期截止日期 | 自 至 | | | | |
| 发证机关 |  | | | | |
| GSP认证证书号 |  | | | | |
| GSP认证范围 |  | | | | |
| GSP认证时间 |  | | | | |
| GSP认证发证机关 |  | | | | |
| GSP认证有效期截止日期 |  | | | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 | |  |
| 传真 |  | | 邮箱 | |  |

兹证明上述声明的真实、准确，并提供了全部能够提供的资料和数据，我们同意遵照贵方的要求出具有关的证明文件。

资格声明人公章： 资格声明时间：