附件1： **编号：**

**药品批发企业物流服务能力**

**评级申报表**

**申报企业名称： （公章）**

**申报日期： 年 月 日**

**申报评定级别：**

**受理日期： 年 月 日**

**受理通知编号：**

填 表 说 明

1、本评级申报表应使用原件，用签字笔填写，内容应准确、完整，不得涂改和复印。

2、报送评级申报表应提交的相关材料为：

（1）药品批发企业物流服务能力评级申报自查材料；

（2）申报企业法人营业执照、《药品经营许可证》（复印件）；

（3）申报企业《药品经营质量管理规范认证证书》（复印件）；

（4）申报企业仓库分布和仓库平面图；

（5）物流仓库房产证或租赁合同（复印件）、物流设施设备清单；

（6）申报企业信息管理系统简介；

（7）申报企业管理层名单（包含所任职务、学历和职称）；

（8）申报企业仓储作业一线操作人员持证上岗情况表；

（9）申报企业管理制度目录；

（10）申报企业通过ISO:9000系列质量认证，需提供认证证书（复印件）。

其中，“药品批发企业物流服务能力评级申报自查材料”是指申报企业简介及对照药品流通行业标准《药品批发企业物流服务能力评估指标》附录A《分级标准》各项进行自查达标的情况。

3、评级申报表及相关材料应使用A4型纸张打印，标明目录及页码，并装订成册。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报企业全称 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 详细地址 |  | | | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  | |
| 经营方式 |  | | | 经营范围 | | | |  | | | | | | | | |
| 企业经济性质 |  | | | 开办  时间 | | |  | | | 职工  人数 |  | | 上年销售额(万元) | | |  |
| 物流配送机构个数 |  | | | 总面积（㎡） | | |  | | | 分布地 区 |  | | | | | |
| 其中：主要物流配送机构名称 |  | | | 面积（㎡） | | |  | | | 地址 |  | | | | | |
| 法定代表人 |  | | 职务 | | |  | | | 执业药师  或技术职称 | |  | | 电话/手机 | | |  |
| 企业负责人 |  | | 职务 | | |  | | | 执业药师  或技术职称 | |  | | 电话/手机 | | |  |
| 质量负责人 |  | | 职务 | | |  | | | 执业药师  或技术职称 | |  | | 电话/手机 | | |  |
| 物流主管负责人 |  | | 职务 | | |  | | | 执业药师  或技术职称 | |  | | 电话/手机 | | |  |
| 物流机构（部门）负责人 |  | | 职务 | | |  | | | 执业药师  或技术职称 | |  | | 电话/手机 | | |  |
| 申报联系人 |  | | | 电话/手机 | | | | |  | | 传 真 | | |  | | |
| 企业基本情况  （请附“物流服务能力评级申报自查材料”） | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 近5年内有无因违法违规经营药品、商业贿赂等被行政处罚的行为，有无违反GSP规定被撤销GSP认证证书的情况 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 申报级别：  申报物流服务能力评定级别：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_级。    申报单位（盖章）：  企业法定代表人或授权负责人签字：    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 省级办公室初审意见：  初审人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | | | | | | | | | |