

附件 1

山西省药品网络销售企业报告信息表

| | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 药品网络销售类型* | <input type="checkbox"/> 自建类 <input type="checkbox"/> 入驻类 <input type="checkbox"/> 自建+入驻 | | |
| 主 体 信 息 | 企业名称* | | |
| | 注册地址* | | |
| | 社会信用代码* | | |
| | 主体业态（可多选）* | | <input type="checkbox"/> 药品上市许可持有人 <input type="checkbox"/> 药品生产企业 <input type="checkbox"/> 药品批发企业 <input type="checkbox"/> 药品零售企业 |
| | 药品生产（经营）许可证编号* | | |
| | 互联网药品信息服务资格证书编号* | | |
| 药品网络销售部门负责人及联系人* | 姓 名 | | 电 话 |
| | 姓 名 | | 电 话 |
| | 传 真 | | 电子邮箱 |
| 网 络 信 息 | 自建网站 | 网站名称* | |
| | | 客户端名称* | |
| | | 网站域名* | |
| | | 网站 IP 地址* | |
| | | 服务器存放地址* | |
| | | 非经营性互联网信息服务备案编号* | |
| | | 电信业务经营许可证编号 | |
| | 网络客户端应用程序（含小程序、APP） | 应用程序名称* | |
| | | 线下门店名称* | |
| | | 线下门店地址* | |
| | | 服务运营主体* | |

| 入驻药品网络交易第三方平台信息（入驻类） | 药品网络交易第三方平台名称* | 与三方签订合同编号* | 入驻店铺名称* | 入驻店铺主页链接* | 线下门店名称及注册地址* |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|---------|-----------|--------------|
| <p>本单位承诺填报信息全部真实、合法、有效，并承担一切法律责任。同时，保证按照法律法规的要求从事药品网络销售活动。</p> <p style="text-align: center;">法定代表人（主要负责人）签字：</p> <p style="text-align: center;">单位盖章：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | | | | |

填表说明：

一、本表按照实际内容填写，*号内容为必填项目。其中，企业名称、社会信用代码等按照营业执照内容填写；药品生产（经营）许可证编号按照药品生产（经营）许可证内容填写；互联网药品信息服务资格证书编号按照互联网药品信息服务资格证书填写，自建类和入驻类批发企业、零售连锁总部必须填写。

二、涉及多个自建网站、网络客户端应用程序（含小程序）的，应当在报告内容中逐个列明；入驻同个或多个药品网络交易第三方平台开展经营活动的，应当将店铺名称、店铺首页链接在报告内容中逐个列明。所填栏目不够填写时，可根据实际情况增加行数填写。

三、本表填报内容应使用 A4 纸双面打印，一式三份，必须加盖公章，不得手写。