药品零售企业变更申报材料目录

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提交材  料名称 | | 材料要求 | 原件/复印件 | 纸质/电子文件 | 份数 |
| 1 | 《药品经营许可证变更申请表》 | | 填写清晰，完整，准确，加盖公章 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1 |
| 2 | 《药品经营许可证》正本、副本 | | 复印件清晰，完整 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1 |
| 3 | 《药品经营质量管理规范认证证书》 | | 复印件要求清晰、完整 | □原件  复印件 | 纸质 | 1 |
| 4 | 企业法定代表人或负责人授权委托书 | | 授权人签字，加盖企业公章 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1 |
| 变更药品经营企业名称、住所的 | | 应提交变更后的《营业执照》复印件 | 复印件要求清晰、完整 | □原件  复印件 | 纸质 | 1 |
| 变更药品经营许可证法定代表人（负责人） | | 应提交变更后的《营业执照》复印件，拟变更企业法人、企业负责人个人身份证、健康证、学历或专业技术人员资格证书 | 复印件要求清晰、完整 | □原件  复印件 | 纸质 | 1 |
| 变更药品质量负责人 | | 拟变更质量负责人个人身份证、健康证、学历证、执业药师注册证。 | 复印件要求清晰、完整 | □原件  复印件 | 纸质 | 1 |
| 变更药品经营范围 | | 与拟增加经营范围相适应的专业技术人员（企业负责人、质量管理负责人及验收、养护人员）的身份证、资格证书、健康证 | 增加中药饮片的，质量管理、验收、采购人员的须具有中药学中专以上学历或中药学初级以上专业技术职称 | □原件  复印件 | 纸质 | 1 |
| 变更药品注册地址（经营场所） | | 由县（市、区）市场监管局出具审核意见，拟变更注册地址（经营场所）位置图、功能布局平面图；房屋产权或使用权证明；租赁合同 | 位置准确，店内布局合理，房屋产权明确，租赁合同建议签订2年以上 | 原件  复印件 | 纸质 | 1 |

注：1、企业申报变更时，除1、2、3、4要求资料外，依据变更事项，提交相应的变更资料；2、资料选用 A4纸打印复印，同时加盖公章。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | | |  | | | | | | |
| 经营地址 | | |  | | | | | | |
| 经营方式 | | |  | | | | | | |
| 药品经营许可证号 | | |  | | | | | | |
| GSP证书号 | | |  | | | | | | |
| 法人代表 | | |  | | 企业负责人 |  | | 质量负责人 |  |
| 联系人 | | |  | | 联系电话 |  | | | |
| 变更项目 | |  | 原核准事项 | | | | | 申请变更后事项 | |
| 企业名称 |  | | | | |  | |
| 注册地址 |  | | | | |  | |
| 法定代表人 |  | | | | |  | |
| 企业负责人 |  | | | | |  | |
| 质量负责人 |  | | | | |  | |
| 经营范围 |  | | | | |  | |
| 变更理由 | |  | | | | | | | |
|
| 单位盖章： 年 月 日 | | | | | | | |
| 本表中所填内容及申报资料真实有效，并保证本店执业药师及药学专业技术人员在岗履职，不违法违规“挂证”，如违反相关规定，愿意承担相关法律责任。 | | | | | | | | | |
| 企业法人代表或负责人： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 曲靖市市场监督管理局  审核意见 | 窗口受理意见 | | | 行政审批科意见 | | | 分管领导意见： | | |
| 签字：  年 月 日 | | | 签字：  年 月 日 | | | 签字：  年 月 日 | | |

《药品经营许可证》变更申请审批表