附件1：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **中山市小榄人民医院自费药品处方流转平台院外药品 销售药店申请表** | | | |
| **申请药店名称** |  | | |
| **药店地址** |  | | |
| **单位负责人姓名** |  | **身份证号码** |  |
| **联系人姓名** |  | **身份证号码** |  |
| **联系电话** |  | **联系地址** |  |
| **所属的连锁总部**  **（或集团总部）名称** |  | | |
| **经营场所在岗服务执业药师人员数量** | | **人** | |
| **本单位承诺上述填报资料信息属实，提交的资料合法、真实有效，如有违反，本单位将承担由此导致的一切后果。**  **（以上基本资料由单位负责人签名确认）签名：**  **申请日期：**  **（加盖公章）** | | | |