附件：

**麻醉药品和精神药品**

**定点经营申请表**

申请单位名称(公章)：

联 系 人：

联系电话：

申请日期： 　　年 月 日

辽宁省食品药品监督管理局 制

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | | | | |
| 法定代表人 |  | 联系电话 | | |  | |
| 注册地址 |  | | | | 邮编 |  |
| 仓库地址 |  | | | | | |
| 仓库面积 |  | | 特药库面积 | | |  |
| 许可证编号 |  | | 有效期 |  | | |
| GSP证书编号 |  | | 有效期 |  | | |
| 企 企业具备定点经营情况说明 |  | | | | | |