附件1 **药品配送供应商基本情况登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本　　信息 | 供应商名称 |  | 供应商类型 |  |
| 注册地址 |  | 仓库地址 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 经营范围 |  | | |
| 营业执照编号 |  | 有效期至 |  |
| 经营许可证号 |  | 有效期至 |  |
| GSP证书号 |  | 有效期至 |  |
| 遴选联系人 |  | 联系电话 |  |
| 经营  状况 | 实缴注册资金 | 万元 | 上年度销售额 | 千万元 |
| 上年度资产额 | 万元 | 上年度纳税金额 | 万元 |
| 经营基本条件 | 员工总数 | 人 | 药学专业技术人员数 | 人 |
| 注册执业药师人数 | 人 |
| 药品仓库面积 | M2 | 常温库面积 | M2 |
| 阴凉库面积 | M2 | 冷藏库容积 | M³ |
| 仓库性质 | 租赁□ 自有□ | 立体式仓库 | 是□ 否□ |
| 库存药品金额 | 万元 | 国家基本药物金额 | 万元 |
| 药品配送种数 | 种 | 国家基本药物 | 种 |
| 非基本药物品种 | 种 |
| 国家组织集采药物品种 | 种 |
| 药品配送车辆 | 台 | 其中冷藏车辆 | 台 |
| 计算机管理系统 | 是□  否□ | 有供销关系二级医疗机构数 | 个 |
| 备注 |  | | | |

# 填表说明

# 1、供应商名称、注册地址、供应商类型、法定代表人等项目以工商行政部门核准的内容填写；

2、经营范围、仓库地址等项目以食品药品监督管理部门核准的内容填写；

3、实缴注册资金、销售额、纳税额等项目以上年度税务部门核准的内容填写；

4、药学专业技术人员是指具有依法经过资格认定的药学技术人员；

5、库存药品品种及金额以实际现有情况计；国家基本药物目录以卫生部最新公布的目录为依据，只计品种数，不计同品种不同生产厂家及规格数；

6、仓库性质等项在相应选项内画√；

7、表中所列项目须填写真实完整数据，字体清晰；

8、本表填写一式两份。