

附件 1

药品经营企业对接省局系统信息采集表

企业名称 (*必填)			
统一社会信用代码 (*必填)			
数据对接联系人 (*必填)		联系电话 (*必填)	
ERP 系统厂商 (*必填)			
系统厂商联系人 (ERP 系统厂商为第三方时必填)		联系电话 (ERP 系统厂商为第三方时必填)	
药品经营许可证经营范围是否含冷藏、冷冻药品 (*必填)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
仓储温湿度监测系统厂商名称 (*必填)		联系电话 (*必填)	
冷链药品运输温湿度监测系统厂商名称 (经营范围含冷链药品的必填)		联系电话 (经营范围含冷链药品的必填)	
计划开始对接日期			