

附件 4

药品网络销售企业报告信息表

药品网络销售类型*	<input type="checkbox"/> 自建类 <input checked="" type="checkbox"/> 入驻类 <input type="checkbox"/> 自建+入驻			
联系人*	姓名	陈海霞	电话	18099232491
	身份证件类型	居民身份证	证件号码	62272219880309104X
	传真	/	电子邮箱	185464568@qq.com
主体信息	企业名称*	甘肃众诚药业有限公司		
	社会信用代码*	91620103778893372J		
	主体业态（可多选）*	<input type="checkbox"/> 药品上市许可持有人 <input type="checkbox"/> 药品生产企业 <input checked="" type="checkbox"/> 药品批发企业 <input type="checkbox"/> 药品零售企业		
	药品生产（经营）许可证编号*	甘AA931100108		
	互联网药品信息服务资格证书编号（自建类必填）	/		
网站信息（自建类）	网站名称*	/		
	网络客户端应用程序名	/		
	网站域名*	/		
	网站 IP 地址*	/		
	服务器存放地址*	/		
	非经营性互联网信息服务备案编号*	/		
	电信业务经营许可证编号	/		
入驻药品网络交易第三方平台信息（入驻类）	药品网络交易第三方平台名称*	入驻店铺名称*	入驻店铺主页链接*	
	药师帮	甘肃众诚药业有限公司	https://scm.ysbang.cn/provider.php/admin	

本单位承诺填报信息全部真实、合法、有效，并承担一切法律责任。同时，保证按照法律法规的要求从事药品网络销售活动。

法定代表人（主要负责人）签字：

单位盖章：



2024年12月25日

填表说明：

一、本表按照实际内容填写，*号内容为必填项目。其中，企业名称、社会信用代码等按照营业执照内容填写；药品生产（经营）许可证编号按照药品生产（经营）许可证内容填写。

二、涉及多个自建网站、网络客户端应用程序（含小程序）的，应当在报告内容中逐个列明；入驻同个或多个药品网络交易第三方平台开展经营活动的，应当将店铺名称、店铺首页链接在报告内容中逐个列明。所填栏目不够填写时，可根据实际情况增加行数填写。

三、本表填报内容应使用 A4 纸双面打印，不得手写。