

## 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	陈春娥	电 话	15682756687
	身份证件类型	居民	证件号码	620422199107064028
	传 真		电子邮箱	1090093024@qq.com
主 体 信 息	企业名称*	甘肃药九九医药科技有限公司		
	社会信用代码*	91627100MA7MHC39U		
	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AA931200365		
	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*	
	药九九	甘肃药九九医药科技有限公司	yyjzt.com	




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: \_\_\_\_\_

2025年 2月 13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。