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） | 🞎 是 🞎 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 |  | | |