附件1

药品配送商信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **企业名称** | **企业性质****（是否国企、央企、上市公司等）** | **注册资本** | **行政区划** | **注册地址** | **经营范围（注：只简写与药品相关的部分1、麻、精一配送2、冷链配送3、生物制品4、药品互联网服务等）** | **仓库面积（m2）（注：冷库面积、阴凉库面积等）** | **配送能力（南宁市配送有几家三甲医院及营业额）** | **2023年药品业务收入** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：各申请公司须承诺所提供信息真实准确,如有不实,自愿承担相应责任。