**药品零售经营企业歇业管理**

各药品零售经营企业：

凡已取得《药品经营许可证》的药品零售（连锁）经营企业，因故暂停经营的，按照《药品经营许可证管理办法》的相关规定，企业应在我局进行歇业登记，并说明原因，提交《药品零售经营企业歇业登记表》（附件）一式三份和《药品经营许可证》正副本，经同意后方可歇业，歇业时间一般不得超过6个月（特殊情况下可再延期6个月）。

企业在歇业期间需重新经营的，应在我局进行重新开业登记，并提交《药品零售经营企业重新开业登记表》（附件）一式三份，经现场检查合格后方可重新经营，发还原《药品经营许可证》正副本。

如果企业未备案擅自歇业，或歇业时间超过期限仍未经营的，按照《药品经营许可证管理办法》第二十六条第二款，视同终止经营或关闭，我局将依法注销其《药品经营许可证》，并通知工商行政管理部门。

**药品零售经营企业暂停歇业登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 (章) |  | 许可证号 |   |
| 联系人 |  | 联系电话 |   |
| 暂停歇业原因 | 申请人承诺：对所提交材料的实质内容真实性负责，自愿承担由此所产生的一切法律责任。 |
| 成都市龙泉驿区市场监督管理局药品监督管理科审核意见 | 经办人： 年 月 日 （签章） |  成都市龙泉驿区市场监督管理局审批意见 | 分管领导： 年 月 日 （签章） |
| 备注 |   |
|  |  |  |  |  |

说明：本表填写一式三份，经成都市龙泉驿区市场监督管理局审批后，由申请单位、龙泉驿区市场监督管理局药品监督管理科、局驻政务中心窗口各存一份备查。

**药品零售经营企业重新开业登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 (章) |   | 许可证号 |   |
| 联系人 |   | 联系电话 |   |
| 重新开业理由 | 说明是否达到开业条件。申请人承诺：对所提交材料的实质内容真实性负责，自愿承担由此所产生的一切法律责任。 |
| 成都市龙泉驿区市场监督管理局药品监督管理科审核意见 | 经办人： 年 月 日 （签章） | 成都市龙泉驿区市场监督管理局审批意见 | 分管领导： 年 月 日 （签章） |
| 备注 |   |
|  |  |
|  |  |  |  |  |

说明：本表填写一式三份，经龙泉驿区市场监督管理局审批后，由申请单位、龙泉驿区市场监督管理局药品监督管理科、局驻政务中心窗口各存一份备查。