市场主体开便利店“一件事”申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市场主体名称 | |  | | | | | | 统一社会信用代码 | | | | |  | | | |
| 住所 | |  | | | | | | 法定代表人（负责人） | | | | |  | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | 联系电话 | | | | |  | | | |
| 经营场所地址 | |  | | | | | | 建筑面积 | | | | |  | | | |
| 申请事项情况 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请  项目 | | □食品（含保健食品）经营许可  □出版物零售业务审批  □第二类医疗器械经营备案（仅限企业）  □烟草专卖零售许可证核发  □户外广告设施设置的审批 | | | | | | | | | | | | | | |
| 食品经营许可 | | 预包装食品销售（□含冷藏冷冻食品□不含冷藏冷冻食品）  散装食品销售（□含冷藏冷冻食品含熟食□含冷藏冷冻食品  不含熟食□不含冷藏冷冻食品含熟食□不含冷藏冷冻食品不含熟食）  特殊食品销售（□婴幼儿配方乳粉□其他婴幼儿配方食品□保健食品销售□特殊医学用途配方食品）  □热食类食品制售□冷食类食品制售□生食类食品制售□糕点类制售（含裱花蛋糕）  □糕点类制售（不含裱花蛋糕）□自制饮品制售（不含使用压力容器制作饮品）□其他类食品销售  如申请自制饮品制售，是否含自酿酒制售：□是□否  是否利用自动售货设备从事食品销售：□是□否  是否含网络经营：□是□否 | | | | | | | | | | | | | | |
| 出版物零售  单位审批 | | 经营范围：  □1 图书□2 报纸□3 期刊□4 音像制品□5 电子出版物  （含网上销售：□是□否） | | | | | | | | | | | | | | |
| 第二类医疗  器械经营备案(零售) | | 经营场所及库房条件 | | | 经营场所面积 | | 总面积（㎡） | | | | | 常温区面积（㎡） | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 库房面积（如有） | | 总面积（㎡） | | | | | 常温库面积（㎡） | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 经营场所设施设备情况说明 | |  | | | | | | | | | |
| 库房设施设备情况说明如有 | |  | | | | | | | | | |
| 经营范围 | | | 2002 版：  2017 版： | | | | | | | | | | | |
| 质量管理人员情况 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | 民族 | 学历/  职称 | | 岗位性质 | 证件  类型 | | 证件号码 | | 职务 | | | | 联系  电话 | |
|  |  | |  |  | | 食品安全管理人员 |  | |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  |  | | 医疗器械质量管理负责人 |  | |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |  | |
| 从业人员情况 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | 民族 | 证件类型 | | 证件号 | 电话 | | | 健康证编号 | | | | 工种 | | 发证单位 |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  |
| 与经营范围相适应的设施设备情况 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 名称 | | | | | 数量 | | | | 位置 | | | | | | 备注 |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |  | | |  | | | |  | |  |
| 法定代表人/负责人签字：（公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |