附件1

新都区药品经营企业自查整改报告表

填报时间：

|  |
| --- |
| 一、企业基本信息 |
| 企业名称： | 注册地址： |
| 联系人：  | 联系方式： |
| 二、按照《关于整治药品流通领域违法经营行为的公告》（2016年第94号）相关内容自查情况，若有相关行为，具体整改措施及成效。 |
| 三、按照《药品经营质量管理规范》相关内容自查整改情况。 |
| 三、其他需要向药监部门说明的情况。无 |
| 四、企业承诺（包括对报告的真实性、完整性和整改情况，以及今后的经营行为承诺）。 |
| 企业对上述整改情况确认无误，请签字（盖章）法定代表人（企业负责人）：年 月 日  |

填报说明：1.表格中若有不尽之处，可在表后添加附页说明。

2.该表一式两份，一份交所在辖区市场监管所，一份交新都区市场监管局药械化监管科。