省局审评认证中心关于新版GSP认证有关情况调查表

为贯彻实施新版GSP工作，进一步了解药品经营企业实施新版GSP情况，请认真填写以下调查表内容。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 企业名称（盖公章） |  |
| 2 | 企业类型 | 🗆连锁 🗆批发 （🗆第三方物流） |
| 3 | GSP认证证书有效期至 年 月  | 《药品经营许可证》有效期至 年 月 |
| 4 | 是否经营冷链品种 | 🗆是 🗆否  |
| 5 | 是否打算核减经营范围 | 🗆是 具体核减的经营范围: 🗆否 |
| 6 | 质量负责人是否为本科学历 | 🗆是 🗆否  | 质量管理部门负责人是否为执业药师 | 🗆是 🗆否  |
| 7 | 设施设备 | 药品仓库 | 总面积： m² | 冷库： m³ |
| 常温库： m² | 阴凉库： m² |
| 中药材库： m² | 中药饮片库： m² |
| 冷藏车 | 🗆有 🗆无 |
| 8 | 目前仓库空调用电费用 |  元/年 |
| 9 | 预计需要改造的全部费用 |  （万元） |
| 10 | 预计改造完成时间 |  年 月前完成 |
| 11 | 计划申报认证时间 |  年 月前 |
| 12 | 是否放弃认证 | 🗆是 🗆否  |
| 13 | 企业实施新版GSP存在的困难和问题：  |
| 14 | 对省局GSP认证工作的建议： |

注意事项：填写后请邮寄至广州市东风东路753号之二省食品药品监管局审评认证中心药品经营审评认证科 ，邮编：510080，联系电话：020-37886257.