|  |  |
| --- | --- |
| **《药品物流服务规范》国标 试点企业申报书** | |
| **企业名称(盖章)：** |  |
| **网址：** |  |
| **法人：** |  |
| **邮箱：** |  |
| **联系人：** |  |
| **职务：** |  |
| **联系电话：** |  |
| **手机：** |  |
| **邮箱：** |  |
| **传真：** |  |
| **员工总人数：** |  |
| **业务范围：** |  |
| **已获得资质证书：** |  |
| **考核指标** | 请按照指标表，以附件的形式于2014年10月26日发送至wxx@lenglian.org.cn。 |