**附件**

**《IVD冷链物流仓配一体化管理规范》团体标准试点企业申报表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 是否加入商会 |  |
| 联系人姓名 | 职称/职务 | 联系电话 | 邮 箱 | 传 真 |
|  |  |  |  |  |
| 单位法人姓名 | 职称/职务 | 联系电话 | 邮 箱 | 传 真 |
|  |  |  |  |  |
| 技术负责人姓名（固定参与试点申报、验收） | 职称/职务 | 联系电话 | 邮 箱 |  |
|  |  |  |  |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| **请准确填写以下信息：** |
| 企业基本情况 | 员工数量 |  | 固定资产规模 |  |
| 公司成立年限 |  | 企业类型 |  |
| 2020年营业收入（万元） |  |
| 2020年物流成本（万元） |  |
| 普检、特检及病理种类的占比： ；肿瘤、干细胞、血液等占比： ；区域及干线配送、运输的比例： ； |
| 物流方式 | A．自建物流 B.外包物流 C.两者兼有（自建：外包比）  |
| 设施设备 | 总车辆：\_\_\_\_\_台； 自有普通车：\_\_\_\_\_\_\_台；自有冷藏车：\_\_\_\_\_台； 总箱子：\_\_\_\_\_\_\_个；冷藏箱：\_\_\_\_\_\_\_个，其中自有\_\_\_\_\_\_\_个；保温箱：\_\_\_\_\_\_\_个，其中自有\_\_\_\_\_\_\_个； |
| 仓储能力 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(请填写您公司所拥有库的总个数) 总仓储面积：\_\_\_\_\_\_\_平方米 □冷库（2℃~8℃）\_\_\_\_\_\_\_平方米；\_\_\_\_\_\_\_立方米；□阴凉库（≤20℃）\_\_\_\_\_\_\_平方米；\_\_\_\_\_\_\_立方米；□常温库（10℃~30℃）\_\_\_\_\_\_\_平方米；\_\_\_\_\_\_\_立方米；□其他温度区（ ℃）\_\_\_\_\_\_\_平方米；\_\_\_\_\_\_\_立方米； |
| 信息化 | 拥有的软件系统：CRM、LIS、LIMS、K3 |
| 业务范围：  |
| 企业所获荣誉： |
| 另需提交的材料：1)资质证书复印件（营业执照、质量体系认证证书、GMP、GSP或第三方物流资质、A级企业资质、ISO15189等）；2)公司简介（PPT版）；3)主要合作客户清单； |
| 单位意见 |  主要负责人签字（加盖公章）：年 月 日 |
| 填表说明 | 请真实有效填写申请表。并于2022年2月15日之前将申请表（加盖公章）以及附件电子版或扫描件材料发送至：yysyfh@163.com |