附件2

仅销售预包装食品经营者备案信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 联系电话 | | |  |
| 代理人姓名 |  | | 联系电话 | | |  |
| 食品经营者名称 |  | | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | | |
| 法定代表人（负责人） |  | | | | | |
| 联系人 |  | | | 联系电话 |  | |
| 经营场所地址 |  | | | | | |
| 经营种类 | 1.是否含冷藏冷冻食品：□是 □否 | | | | | |
| 2.是否含特殊食品：  □是：  □保健食品 □婴幼儿配方乳粉  □特殊医学用途配方食品（特定全营养配方食品除外）  □其他婴幼儿配方食品  □否 | | | | | |
| 外设仓库 | □有：  □冷 库：（填写名称及地址）  □非冷库：（填写名称及地址）  □无 | | | | | |
| 销售方式 | □批发 □零售 | | | | | |
| 网络经营情况 | □是：  □自建网站：（填写网址）  □通过第三方平台销售：（填写平台名称）    □否 | | | | | |
| 使用自动售货设备情况 | □是，自动售货设备摆放地址：      □否 | | | | | |
| 连锁经营情况 | □是，企业总部名称、统一社会信用代码、地址及联系方式：      □否 | | | | | |
| 市场监管部门（盖章）： | | | | | | |
| 备案编号： | | 备案时间： | | | | |