中国非处方药物协会信息传播工作委员会信函

关于发展中国非处方药物协会会员的邀请函

中国非处方药物协会是在中华人民共和国民政部登记的非营利性全国社团，成立于1988年，并于1989年成为世界自我药疗产业协会（WSMI）的理事。我们的宗旨是面向医药行业，为会员服务，努力促进和提高我国非处方药物生产和经营管理水平，倡导负责任的自我药疗，增进公众健康。协会的任务是：沟通会员单位与政府有关部门的联系，提出有关非处方药生产和经营方面的政策法规建议；向会员单位提供咨询、培训和信息服务；向广大消费者宣传正确合理的自我药疗和使用非处方药物的知识；开展国际交流活动与合作。

中国非处方药物协会的愿景是成为会员信赖、公众欢迎、政府放心、对国际自我药疗有贡献和影响的协会。从“大众药”到“非处方药”，从“非处方药”到“自我药疗”，中国非处方药物协会经历了30年的不懈的努力，我们希望在未来，协会能够有更快更广的发展，协会将加强内部治理，发展壮大，借助社会平台与会员力量，让中国的自我药疗产业能够获得社会公众更多的认知、理解和实践，同时与国际自我药疗产业接轨，在社会经济生活中，扮演更加重要的角色，成为行业中精于专业的协会，为社会做出更大贡献。

中国非处方药物协会现有200多家会员单位，来自于药品生产、经营及其他相关单位。鉴于贵单位在业界知名度和良好的社会形象，在此，我们诚邀您以及您的企业加入中国非处方药物协会。

详情请您登录我会网站详细阅读《中国非处方药物协会章程》及《中国非处方药物协会会员服务内容和会费管理办法》内容（请登陆协会网站[www.cnma.org.cn](http://www.cnma.org.cn)查阅），如果同意，请按以下程序申请入会：

1、请将以下申请材料邮寄至我协会。

（1）认真填写《入会申请表》并加盖公章。特别是“联系人”一栏，协会将直接与联系人联系。

（2）单位《药品生产许可证》或《药品经营许可证》，《营业执照》复印件各一张，并加盖公章。

（3）单位情况介绍（1500字以内），并加盖公章,同时提供电子版本。

2、秘书处审核无误后，发给《入会通知》。

3、接到《入会通知》后，请将会费（年费）汇入协会账号。

账户名：中国非处方药物协会

开户行：中国工商银行北京市西直门支行

账 号：020 0065 0092 0000 1187

4、协会将《会员证书》、会费发票及相关资料等发至单位联系人。

5、中国非处方药物协会联系方式：

地址：北京市西城区黑窑厂西里十号楼西侧四层

邮编：100052 电话：010~67902879 010~63518392

联系人：

信箱：[cnmaotc@vip.163.com](mailto:cnmaotc@vip.163.com)

中国非处方药物协会信息传播工作委员会

二○二○年四月二十日

附件：《入会申请表》

## 附件

## 中国非处方药物协会入会申请表

**单位概况**（请加盖单位公章） 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 | | 英文名称 | | 注册地址 | 邮编 | 网址 | | 注册资金 | 上年OTC营业额 |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |
| 隶属关系或控股股东 | 主要分支机构或下辖控股公司名称 | | 生产、经营范围或业务领域： | | | | 主要非处方药品种： | | |
|  |  | |
| 单位类型：（ ）1生产企业2经营企业3集团公司4事业单位5社会团体6咨询公司7市场研究公司8广告公司9媒体10其它 | | | | | | | | | |
| 单位性质：（ ）1国有2民营3外商独资4中外合资5股份制6上市公司7其它 | | | | | | | | | |

**法定代表人**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通讯地址 | 邮编 | 姓名 | 部门及职务 | 性别 | 直拨电话\* | 传真 | Email | 手机\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**非处方药负责人**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**非处方药业务部门负责人**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**与我协会保持沟通的联系人**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**驻京机构名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**说明：**带\*项目仅限于协会内部掌握，为便于联系，请务必填写。同时附上加盖公章的公司营业执照复印件、药品生产/经营许可证复印件、企业简介。