**附件：商户信息登记表 （第二页有模板，请根据模板填写）**

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **商户基本信息** | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码/营业执照号码 | | | （与营业执照上名称一致） | | | | | |
| 营业名称 | （与营业执照上名称一致） | | | | 营业地址 | | （与营业执照上名称一致） | |
| 法人/经营者姓名 | （与营业执照上名称一致） | | | | 法人/经营者身份证号码 | | （正确填写法人身份证号码） | |
| 法人电话 | （正确填写法人电话） | | | | | | | |
| 是否加盟店 | □是 □否 | | | | 加盟品牌 | | （如果是加盟店，请填写） | |
| 企业类型： | 请对照营业执照上类型进行填写 | | | | | 市社保定点医保编码： | | （6位数的编码） |
| **移动支付业务信息** | | | | | | | | |
| 业务联系人 | （填写业务联系人名称） | | | | 联系人电话： | | （填写业务联系人电话） | |
| 联系人邮箱 | （填写业务联系人邮箱） | | | | 门店电话： | | （请填写固话，格式：028-88888888） | |
| 财务联系人 | （填写财务联系人名称） | | | | 联系人电话 | | （填写财务联系人电话） | |
| 结算账户信息 | 银行卡结算 | 结算账户名称 | | 四川太极大药房连锁有限公司 | | | | |
| 结算账号 | | 2001014210017332 | | | | |
| 开户支行名称 | | 中国民生银行股份有限公司成都分公司 | | | | |
| 银行名称 | | 中国民生银行 | | | | |
| 银行英文简称 | | CMBC | | | | |
| 本单位承诺上述信息内容真实、合法、有效。如果上述信息与真实情况不符，或有任何与法律相抵触的地方，本单位将承担由此产生的一切法律后果及责任。      经 办 人：    日 期： | | | | | | | | |

\*红色字体请填完后删除即可

**附件：商户信息登记表（模板）**

2018年 1 月 1 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **商户基本信息** | | | | | | | | |
| 统一社会信用代码/营业执照号码 | | | 91330100716105852F | | | | | |
| 营业名称 | 阿里巴巴（中国）网络技术有限公司 | | | | 营业地址 | 浙江省杭州市滨江区网商路699号 | | |
| 法人/经营者姓名 | 戴珊 | | | | 法人/经营者身份证号码 | 510101198012301234 | | |
| 法人电话 | 13888888888 | | | | | | | |
| 是否加盟店 | ☑是 □否 | | | | 加盟品牌 | 成都某某药业连锁 | | |
| 企业类型： | 有限责任公司 | | | | 市社保定点医保编码： | | | 888888 |
| **移动支付业务信息** | | | | | | | | |
| 业务联系人 | 张三 | | | | 联系人电话： | | 13555555555 | |
| 联系人邮箱 | youxiang@youxiang.com | | | | 门店电话： | | 028-88888888 | |
| 财务联系人 | 李四 | | | | 联系人电话 | | 13666666666 | |
| 结算账户信息 | 银行卡结算 | 结算账户名称 | | 阿里巴巴（中国）网络技术有限公司 | | | | |
| 结算账号 | | 1234567890987654321 | | | | |
| 开户支行名称 | | 中国邮政储蓄银行股份有限公司成都市世纪城支行 | | | | |
| 银行名称 | | 中国邮政储蓄银行 | | | | |
| 银行英文简称 | | PSBC | | | | |
| 本单位承诺上述信息内容真实、合法、有效。如果上述信息与真实情况不符，或有任何与法律相抵触的地方，本单位将承担由此产生的一切法律后果及责任。      经 办 人：张三    日 期：2018年1月1日 | | | | | | | | |