医疗器械经营许可申请表

企业名称(公章):

申请人:

联系电话:

申请日期:

医疗器械经营许可申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 成立日期 |  |
| 注册资本(万元) |  | 营业期限 |  |
| 住 所 |  |
| 经营方式 | 批发零售1批零兼营为医疗器械注册人、备案人和经营企业专门提供运输、贮存服务 |
| 经营场所 |  | 邮 编 |  |
| 库房地址 |  | 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 经营范围 | 旧版 |  |
| 新版 |  |
| 人员情况 | 姓名 | 身份证号 | 职务 | 学历 | 职称 |
| 法定代表人 |  |  |  |  |  |
| 企业负责人 |  |  |  |  |  |
| 质量负责人 |  |  |  |  |  |
| 联系人 | 姓名 | 身份证号 | 联系电话 | 传真 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |  |
| 企业人员情况 | 人员总数(人) | 质量管理人员(人) | 售后服务人员(人) | 专业技术人员(人) |
|  |  |  |  |
| 经营场所和库房情 况 | 经营面积(㎡) | 库房面积(㎡) |
|  |  |
| 经营场所及库房条 件简述 | 经营场所条件(包 括用房性质、设施 设备情况等) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 库房条件(包括环 境控制、设施设备 等) |  |
| 本企业承诺所提交的全部资料真实有效，并承担一切法律责任。同时，保证按照法律法规的 要求从事医疗器械经营活动。法定代表人(签字)： (企业盖章)年 月 日 |