医疗器械经营许可（备案）补发申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **企业名称** | |  | | | | | | |
| **办理类型** | | **□第二类医疗器械经营备案 □第三类医疗器械经营许可** | | | | | | |
| **许可证编号** | |  | | **发证日期** | |  | | |
| **备案凭证编号** | |  | | **备案日期** | |  | | |
| **统一社会**  **信用代码** | |  | | **有效期限** | |  | | |
| **法定代表人** | |  | | **企业负责人** | |  | | |
| **经营方式** | | **□批发 □零售 □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** | | | | | | |
| **住所** | |  | | | | | | |
| **经营场所** | |  | | | | | | |
| **库房地址** | |  | | | | | | |
| **经营范围** | **Ⅱ类** |  | | | | | | |
| **Ⅲ类** |  | | | | | | |
| **联系人** | | **姓名** | **身份证号** | | **联系电话** | | **传真** | **电子邮件** |
|  |  | |  | |  |  |
| **补发** | | **遗失及申请补发的有关情况说明：** | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | |

填表说明：1.本表按照实际内容填写，不涉及的可缺项。其中，企业名称、统一社会信用代码、住所、法定代表人、注册资本、成立日期、营业期限等按照营业执照内容填写。

2.本表经营范围应当按照医疗器械分类目录中规定的分类编码及名称填写。

3.本表经营方式指批发、零售、批零兼营以及为医疗器械注册人、备案人和经营企业专门提供运输、贮存服务。