**北京市医疗器械注册证补发申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **产品名称** |  |
| **注册证号** |  |
| **补发证书** | 🞎医疗器械注册证 🞎医疗器械变更文件 |
| **申请补发证书的批准日期** |  |
| **注册人名称** |  |
| **住所** |  |
| **生产地址** |  |
| **法定代表人** |  | **联系电话** |  |
| **企业负责人** |  | **联系电话** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **声明** | **本单位**🞎**医疗器械注册证** 🞎**医疗器械变更文件遗失已经在 上登载遗失声明满 1 个月，向北京市药品监督管理局申请补发。****企业公章****年 月 日** |

**，**

邮寄地址：

邮政编码： 收件人：

收件人手机号码：

收件人固定电话：