**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** | ××××年××月××日 |
| **注册人名称** | 北京市×××公司 |
| **住所** | 北京市××区××路××号 |
| **生产地址** | 北京市××区××路××号 |
| **法定代表人** | ××× | **联系电话** | 010-×××××××× |
| **企业负责人** | ××× | **联系电话** | 010-×××××××× |
| **联系人** | ××× | **联系电话** | 010-×××××××× |
| **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：北京市××区××路××号

邮政编码：10××××

收件人：×××

收件人手机号码：138××××××××

收件人固定电话：010-××××××××