附件9

医疗器械经营许可证补发申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称 |  |
| 许可证编号 |  | 发证日期 |  |
| 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医疗器械运输、贮存服务 |
| 住 所 |  |
| 经营场所 |  |
| 库房地址 |  |
| 经营范围 |  |
| 联系人 | 姓名 | 身份证号 | 联系电话 | 传真 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |  |
| 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：本表按照实际内容填写，不涉及的可缺项。