北京市创新医疗器械申报要求的附件2

北京市创新医疗器械审查接收材料凭证

（第一联）

（接收材料编号： ）

**：**

你单位申请 北京市创新医疗器械审查，经形式审查，申请材料齐全， 决定予以接收。接收材料共计 件。

联系电话：010-83979525

接收人签字： 年 月 日

北京市创新医疗器械审查接收材料凭证

（第二联）

（接收材料编号： ）

**：**

你单位申请 北京市创新医疗器械审查，经形式审查，申请材料齐全， 决定予以接收。接收材料共计 件。

联系电话：010-83979525

申请人签字： 年 月 日