**北京市医疗器械注册证纠错申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **产品名称** | ××× | | |
| **注册证号** | ××× | | |
| **证书有效期** | 自××××年××月××日至自××××年××月××日 | | |
| **注册人名称** | ××× | | |
| **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-×××××××× |
| **纠错内容** | 纠错前内容：  ××× | | |
| 纠错后内容：  **×××**  **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-××××××××