第二类医疗器械经营备案凭证补发表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **企业名称** |  | | | | |
| **备案编号** |  | | **备案日期** |  | |
| **组织机构**  **代 码** |  | | **法定代表人** |  | |
| **企业负责人** |  | | **经营方式** | **□批发 □零售 □批零兼营** | |
| **经营模式** | **□销售医疗器械 □为其他生产经营企业提供贮存、配送服务** | | | | |
| **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** |
|  |  |  |  |  |
| **补发** | **遗失、损毁原因:** | | | | |
| **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。