**医疗器械网络销售信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗器械网络  销售类型\* | □  自建类                 □  入驻类 | | | | | |
| 联系人\* | 姓名 | 身份证件  类型 | 证件号 | 电话 | 传真 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |  |  |
| 主体信息 | 企业名称\* | |  | | | |
| 住所\* | |  | | | |
| 社会信用代码\* | |  | | | |
| 经营场所或生产场所\* | |  | | | |
| 库房地址\* | |  | | | |
| 主体业态（可多选）\* | | □医疗器械生产       □医疗器械批发  □医疗器械零售       □医疗器械批零兼营 | | | |
| 医疗器械生产（经营）许可证  或备案凭证编号\* | |  | | | |
| 互联网药品信息服务资格证书  编号（自建类必填） | |  | | | |
| 经营范围\* | |  | | | |
| 法定代表人\* | |  | | | |
| 企业负责人\* | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 网站信息  （自建类） | 网站名称\* |  |
| 网络客户端应用程序名 |  |
| 网站域名\* |  |
| 网站 IP 地址\* |  |
| 服务器存放地址\* |  |
| 非经营性互联网信息服务备案  编号\* |  |
| 电信业务经营许可证编号 |  |
| 入驻医疗器械  网络交易服务  第三方平台信  息（入驻类） | 医疗器械网络交易服务第三方  平台名称\* | 医疗器械网络交易服务第三方平台备案  凭证编号\* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 本单位承诺填报信息全部真实、合法、有效，并承担一切法律责任。同时，保证按照法律法规的  要求从事医疗器械网络销售活动。  法定代表人（负责人）签字：  单位盖章：  年            月            日 | | |

填表说明：

1.本表按照实际内容填写，\*号内容为必填项目，其他不涉及的可缺项。其中，企业名称、社会信用代码、住所、法定代表人等按照营业执照内容填写；经营场所或生产场所、库房地址、医疗器械生产（经营）许可证或备案凭证编号、企业负责人等按照医疗器械生产（经营）许可证、第一类医疗器械生产备案凭证、第二类医疗器械经营备案凭证内容填写。

2.本表经营范围应当按照医疗器械经营许可证、第二类医疗器械经营备案凭证内容填写，主体业态仅为“医疗器械生产”的，应填写“仅限本厂生产医疗器械”。

3.本表填报内容应使用 A4 纸双面打印，不得手写。

**医疗器械网络销售备案变更表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称\* |  | | | | | |
| 备案日期\* |  | | | | | |
| 社会信用代码\* |  | | | | | |
| 联系人\* | 姓名 | 身份证件  类型 | 证件号 | 电话 | 传真 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |  |  |
| 变更事项 | 原事项 | | | 变更后事项 | | |
| 企业名称 |  | | |  | | |
| 住所 |  | | |  | | |
| 法定代表人 |  | | |  | | |
| 企业负责人 |  | | |  | | |
| 经营场所或  生产地址 |  | | |  | | |
| 库房地址 |  | | |  | | |
| 主体业态 | □医疗器械生产     □医疗器械批发  □医疗器械零售     □医疗器械批零兼营 | | | □医疗器械生产       □医疗器械批发  □医疗器械零售       □医疗器械批零兼营 | | |
| 经营范围 |  | | |  | | |
| 医疗器械生产（经  营）许可证或备案  凭证编号 |  | | |  | | |
| 医疗器械网络销售  类型 | □  自建类               □  入驻类 | | | □  自建类                 □  入驻类 | | |
| 互联网药品信息服  务资格证书编号 |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 非经营性互联网信  息服务备案编号 |  | |  | |
| 电信业务经营  许可证编号 |  | |  | |
| 网站名称 |  | |  | |
| 网络客户端  应用程序名 |  | |  | |
| 网站域名 |  | |  | |
| 网站 IP 地址 |  | |  | |
| 服务器存放地址 |  | |  | |
| 入驻医疗器械网络  交易服务第三方平  台信息 | 医疗器械网络交易  服务第三方平台名  称 | 医疗器械网络交易  服务第三方平台备  案凭证编号 | 医疗器械网络交易  服务第三方平台名  称 | 医疗器械网络交易  服务第三方平台备  案凭证编号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本单位承诺备案所提交的全部材料真实、合法、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网络销售活动。  法定代表人（负责人）签字：  单位盖章：  年            月            日 | | | | |

填表说明：1.本表按照实际内容填写，\*号内容为必填项目，不涉及的可缺项。其中，企业名称、社会信用代码、住所、法定代表人等按照营业执照内容填写；经营场所或生产场所、库房地址、医疗器械生产（经营）许可证或备案凭证编号、企业负责人等按照医疗器械生产（经营）许可证、第一类医疗器械生产备案凭证、第二类医疗器械经营备案凭证内容填写。

2.本表经营范围应当按照医疗器械经营许可证、第二类医疗器械经营备案凭证内容填写，主体业态仅为“医疗器械生产”的，应填写“仅限本厂生产医疗器械”。

3.本表填报内容应使用 A4 纸双面打印，不得手写。

**申请材料真实性自我保证声明**

我公司办理 （如：第二类医疗器械经营备案） 业务，提交材料如下：

1、...（如：《第二类医疗器械经营备案表》）。  
　　 2、...

3、...

4、...

（公司名称）法定代表人 保证本企业已认真阅读以下**相关法律责任**并郑重承诺，此次提交的以上材料内容均经本企业核实，确定属实、有效，如有提供虚假资料，愿承担相应法律责任，特此声明。

公司名称（盖章）：

法定代表人签名：

年 月 日

**相关法律责任：**

未依照本办法规定备案或者备案时提供虚假资料的，按照《医疗器械监督管理条例》第六十五条的规定予以处罚。（《医疗器械经营监督管理办法》（国家食品药品监督管理总局局令第8号）第五十八条）。

授权委托书

（适用医疗器械）

企业名称：

委托人姓名： 联系电话：

被委托人姓名： 联系电话：

|  |
| --- |
| 请贴上被委托人身份证复印件的正、反面 |

委托期限：自 年 月 日至 年 月 日。

兹委托 于委托期限内在□东莞市市场监督管理局 □东莞市市场监督管理局 分局办理

事宜。 委托权限：

1、□同意□不同意□核对申请材料中的复印件并签署核对意见；

2、□同意□不同意□修改申请人自备文件、有关表格的错误；

3、□同意□不同意□领取该项业务的相关文书。

委托人签字： 被委托人签字：

企业加盖公章：

年 月 日 年 月 日

**注：委托人应为企业法定代表人**