**附件2**

**涉进口医疗器械经营排查表**

**（医疗器械经营企业适用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **企业名称** |  | **经营许可证号/备案凭证编号** |  |
| **企业地址** |  | **联系人及电话：** |  |
| **排****查****情****况** | 1.自2022年1月15日以来是否采购（含订单）进口医疗器械：□ 是 □ 否2.如2022年1月15日以来采购（含订单）进口医疗器械，填写好以下内容：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗器械名称** | **注册证号** | **采购****方式** | **供应商** | **供应商地址** | **采购时间及数量** | **库存数量** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（可另附页）  |
| **企业意见** | 郑重承诺，以上排查情况内容经本公示核实，确定属实、有效，如提供虚假信息，愿承担相应法律责任。企业法人或授权人签名： （盖公章） 日期： 年 月 日 |