第二类医疗器械经营备案变更表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **企业名称** |  | | |
| **备案编号** |  | **备案日期** |  |
| **统一社会**  **信用代码** |  | | |
| **联系人姓名** |  | **联系电话** |  |
| **变更事项** | **原事项** | **变更后事项** | |
| **企业名称** |  |  | |
| **经营方式** |  |  | |
| **法定代表人** |  |  | |
| **企业负责人** |  |  | |
| **住 所** |  |  | |
| **经营场所** |  |  | |
| **库房地址** |  |  | |
| **经营范围** |  |  | |
| **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：1.本表按照实际内容填写，不涉及的可缺项。

2.本表经营范围应当按照国家食品药品监督管理部门发布的医疗器械分类目录中规定的管理类别、分类编码及名称填写。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 学历 | 专业 | 资格  或职称 | 资格或职称证书编号 | 岗位和职务 | 健康状况 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

人 员 信 息 表

备注：本表需填写法定代表人（如有）、企业负责人、质量负责人、质量管理员、验收员、采购员、养护员（设置仓库的需填写）、营业员及其它专业技术人员的信息。

委 托 书

现委托 （被委托人姓名）到市场监督管理部门办理 （单位名称）的 （申请事项名称）手续。被委托人在办理该事项过程中签署或提交的一切文件、资料，本单位（本人）均予承认并承担相关责任。

委托方信息：

单位名称：

统一信用社会代码：

被委托方信息：

被委托人姓名：

被委托人身份证号码：

委托期限：自 年 月 日至 年 月 日

联系方式：固定电话 手机

申请单位盖章： 被委托人签名：

（个体户由业主签名）

年 月 日 年 月 日

委托书

兹委托中国邮政速递物流股份有限公司中山市分公司（简称邮政速递）代本人到 领取 并按以下地址，使用邮政特快专递方式送达本人。

收件人姓名： 联系电话 地 址： 收件方式：收件人本人签收（须出示本人身份证等有效证件）

上述委托关系形成于委托人和邮政速递，如在邮政速递服务环节有遗失、损毁等情况发生，由邮政速递承担相关责任，并依据《邮政法》条款给与赔偿。本委托不涉及委托人与邮政速递之外的其他第三方。

邮政速递咨询电话：0760-89911183

备注：1、本委托书仅限于当次寄递委托。

**2、本委托一经确立，不可中途撤销。委托人不可前往审批部门窗口自行领取审批结果。**

特此委托！

委托人：

被委托人：中国邮政速递物流股份有限公司中山市分公司

委托日期： 年 月 日