第二类医疗器械经营备案取消表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **企业名称** |  | | |
| **备案编号** |  | **备案日期** |  |
| **统一社会**  **信用代码** |  | **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** |  | **联系电话** |  |
| **取消备案原因** |  | | |
| **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。**  **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。

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