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 | （如无填工商营业执照注册号） |
| 联系人 | 姓名 | 身份证号 | 联系电话 | 传真 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |  |
| 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药品监督管理部门发布的医疗器械分类目录中规定的分类编码及名称填写。