医疗器械生产许可证补发申请表（样表）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **许可证编号** | |  | **组织机构代码** | |  | |
| **发证日期** | |  | | **有效期限** |  | |
| **企业名称** | |  | | | | |
| **住 所** | |  | | | | |
| **生产地址** | |  | | | | |
| **法定代表人** | |  | | **企业负责人** |  | |
| **联系人** | |  | | **联系电话** |  | |
| **生产范围** | |  | | | | |
| **生产产品列表** | | | | | | |
| **序号** | **产品名称** | | | **注册号** | | **是否受托生产** |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
| **补发说明** | **遗失、损毁原因及何年何月何日在何媒体刊登遗失声明:** | | | | | |
| **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生产活动。**  **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。