附件1

医疗器械网络销售信息表

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗器械网络销售类型\* | □ 自建类 □ 入驻类 |
| 联系人\* | 姓名 | 身份证件类型 | 证件号 | 电话 | 传真 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |  |  |
| 主 体信 息 | 企业名称\* |  |
| 住 所\* |  |
| 社会信用代码\* |  |
| 经营场所或生产场所\* |  |
| 库房地址\* |  |
| 主体业态（可多选）\* | □医疗器械生产 □医疗器械批发□医疗器械零售 □医疗器械批零兼营 |
| 医疗器械生产（经营）许可证或备案凭证编号\* |  |
| 互联网药品信息服务资格证书编号（自建类必填） |  |
| 经营范围\* |  |
| 法定代表人\* |  |
| 企业负责人\* |  |
| 网站信息（自建类） | 网站名称\* |  |
| 网络客户端应用程序名 |  |
| 网站域名\* |  |
| 网站IP地址\* |  |
| 服务器存放地址\* |  |
| 非经营性互联网信息服务备案编号\* |  |
| 电信业务经营许可证编号 |  |
| 入驻医疗器械网络交易服务第三方平台信息（入驻类） | 医疗器械网络交易服务第三方平台名称\* | 医疗器械网络交易服务第三方平台备案凭证编号\* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 本单位承诺填报信息全部真实、合法、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网络销售活动。法定代表人（负责人）签字：单位盖章：年 月 日 |

填表说明：

1.本表按照实际内容填写，\*号内容为必填项目，其他不涉及的可缺项。其中，企业名称、社会信用代码、住所、法定代表人等按照营业执照内容填写；经营场所或生产场所、库房地址、医疗器械生产（经营）许可证或备案凭证编号、企业负责人等按照医疗器械生产（经营）许可证、第一类医疗器械生产备案凭证、第二类医疗器械经营备案凭证内容填写。

2.本表经营范围应当按照医疗器械经营许可证、第二类医疗器械经营备案凭证内容填写，主体业态仅为“医疗器械生产”的，应填写“仅限本厂生产医疗器械”。

3.本表填报内容应使用A4纸双面打印，不得手写。