附件3

医疗器械网络销售备案变更表

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称 |  |
| 备案日期 |  |
| 社会信用代码 |  |
| 联系人\* | 姓名 | 身份证件类型 | 证件号 | 电话 | 传真 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |  |  |
| 变更事项 | 原事项 | 变更后事项 |
| 企业名称 |  |  |
| 住 所 |  |  |
| 法定代表人 |  |  |
| 企业负责人 |  |  |
| 经营场所或生产地址 |  |  |
| 库房地址 |  |  |
| 主体业态 |  |  |
| 经营范围 |  |  |
| 医疗器械生产（经营）许可证或备案凭证编号 |  |  |
| 医疗器械网络销售类型 |  |  |
| 互联网药品信息服务资格证书编号 |  |  |
| 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| 入驻医疗器械网络交易服务第三方平台信息 | 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 | 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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本单位承诺备案所提交的全部材料真实、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，不涉及的可缺项。

2.本表经营范围应当按照企业《医疗器械经营许可证》或者第二类医疗器械经营备案凭证中的经营范围填写。

3.本表填报内容应使用A4纸双面打印，不得手写。