附件4

医疗器械网络交易服务第三方平台备案表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人\* | 姓名 | 身份证件类型 | 证件号 | 电话 | 传真 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |  |  |
| 备案主体信 息 | 企业名称\* |  |
| 住所\* |  |
| 办公场所\* |  |
| 社会信用代码\* |  |
| 互联网药品信息服务资格证书编号\* |  |
| 法定代表人 |
| 姓 名\* |  | 联系电话\* |  |
| 身份证件类型\* |  |
| 证件号码\* |  |
| 主要负责人 |
| 姓 名\* |  | 联系电话\* |  |
| 身份证件类型\* |  |
| 证件号码\* |  |
| 医疗器械质量安全管理人 |
| 姓名\* |  | 联系电话\* |  |
| 身份证件类型\* |  |
| 证件号码\* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 网站信息 | 网站名称\* |  |
| 网络客户端应用程序名 |  |
| 网站域名\* | （网站主页面域名） |
| 网站IP地址\* | （网站主页面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 |  |
| 本单位承诺备案填报信息和提交的材料全部真实、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提供医疗器械网络交易服务。法定代表人（主要负责人）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、法定代表人等应按营业执照内容填写。

2.本表填报内容应使用A4纸双面打印，不得手写。