附件8

医疗器械网络交易服务第三方平台备案凭证补发表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | |
| 住 所 |  | | |
| 办公场所 |  | | |
| 法定代表人 |  | 主要负责人 |  |
| 备案编号 |  | 备案日期 |  |
| 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 |  | | |
| 联系人 | 姓名 | 身份证号码 | 联系电话 |
|  |  |  |
| 遗失或损毁原因: |  | | |
| 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（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，不涉及的可缺项。

2.本表填报内容应使用A4纸双面打印，不得手写。