附件

第二类医疗器械经营备案表（样表）

（同时从事第三类医疗器械经营）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 经营方式 |  | 库房地址 |  |
| 经营范围 |  | | |
| 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，保证持续符合医疗器械经营质量管理规范的要求，按照法律法规的要求从事医疗器械经营活动。  法定代表人或企业负责人（签字） （企业盖章）  年 月 日 | | | |