|  |
| --- |
| **附件2： 供应商信息审核表** |
| 1.产品名称： 品牌： 规格型号： 生产厂家： |
| 2. 产品注册许可证号： 有效期： 年 月 日至 年 月 日 |
| 3.是否挂网产品：□是 □不是  |
| 4.产品授权有效期： 年 月 日至 年 月 日 |
| 5.授权供应商名称： 营业地址：  |
| 6.注册资本： 法定代表人：  |
| 7.企业法人营业执照号： 有效期： 年 月 日至 年 月 日 |
| 8.医疗器械经营许可证号： 有效期： 年 月 日至 年 月 日 |
| 9.授权代理人姓名： 联系电话：  |
|  授权有效期： 年 月 日至 年 月 日 |
| 10.开户银行： 银行帐号： |
| 11.其他资质材料名称： |
| 公司声明：以上向贵院提供的信息资料符合相关法律法规之规定，本公司对资料的真实性和合法性承担完全法律责任。 |
|  声明人（供应商公章）： |
|  法定代表人（签名）： |
|  2020 年 月 日 |
|  |