供应商信息登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 供应商名称 |  |
| 供应商类型 | □生产企业 □授权经销商 | 营业执照号 |  |
| 法人代表 |  | 注册资本 |  |
| 银行名称 |  | 银行账号 |  |
| 医疗器械经营许可证 | 编号 |  | 有效期至 |  |
| 二类医疗器械经营备案凭证 | 编号 |  | 有效期至 |  |
| 授权委托人 | 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 电话 |  | 邮箱 |  |
| **提供资料目录（需加盖单位公章）** |
| **序** | **材料名称** | **提供的打“√”** | **备注** |
| 1 | 产品说明书、彩页 |  |  |
| 2 | 《医疗器械注册证》或《第一类医疗器械备案凭证》 |  |  |
| 3 | 生产厂家《营业执照副本》 |  |  |
| 4 | 《医疗器械生产许可证》或《第一类医疗器械生产备案凭证》 |  |  |
| 5 | 供应商《营业执照副本》 |  |  |
| 6 | 《医疗器械经营许可证》或《医疗器械经营备案凭证》（若有中间级经销单位，也需提供其授权书，公司证照） |  |  |
| 7 | 法人授权委托书（法定代表人签字或签章） |  |  |
| 8 | 法人身份证复印件 |  |  |
| 9 | 委托人身份证复印件 |  |  |
| 10 | 委托人社保证明或劳动合同 |  |  |
| 11 | 信用查询记录 |  |  |
| 供应商承诺 | 1、恪守商业道德和职业规范；2、完全具备医用耗材供应的资质和条件；3、提供的一切材料都是真实的、准确的；4、保证产品质量和服务质量符合规范、满足要求；5、遵守贵院有关管理规定和要求。 （单位盖章） | 法人或授权委托人签名：日期： |