**宁夏医疗器械第三方物流企业申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 营业执照号 |  |
| 住所 |  | 自营产品销售额（万元） |  |
| 经营场所 |  | 自营产品贮运规模（万件） |  |
| 经营方式 | □批发□零售□批零兼营 | 邮编 |  |
| 经营模式 | □销售医疗器械□为其他生产经营企业提供贮存、配送服务 |
| 库房地址 |  | 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 经营范围 |  |
| 人员情况 | 姓名 | 身份证号 | 职务 | 学历 | 职称 |
| 法定代表人 |  |  |  |  |  |
| 企业负责人 |  |  |  |  |  |
| 质量负责人 |  |  |  |  |  |
| 联系人 | 姓名 | 身份证号 | 联系电话 | 传真 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |  |
| 企业人员情况 | 人员总数（人） | 质量管理人员（人） | 物流人员（人） | 计算机管理人员（人） |
|  |  |  |  |
| 经营场所和库房情况 | 经营面积 |  |
| 库房总面积 |  |
| 冷藏库、冷冻库容积（个数/立方米） |  |
| 冷藏车数量 |  |
| 经营场所及库房条件简述 | 经营场所条件（包括用房性质、设施设备情况等） |  |
| 库房条件（包括环境控制、设施设备等） |  |
|  运输设备自有或委托情况 |  |
| 计算机信息管理平台管理的种类及简述 |  |
| 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，保证按照法律法规的要求从事医疗器械经营活动。法定代表人（签字）（企业盖章） 年 月 日 |

附件3：

**宁夏医疗器械第三方物流企业**

**年度贮存、配送情况材料目录**

1．《医疗器械经营质量管理规范自查报告》 （按照《医疗器械经营质量管理规范及《技术指南》进行自查）；

2.营业执照复印件；

3.医疗器械经营许可证复印件；

4.与委托单位的委托合同复印件(可提供样表)；

5.库房使用权证明材料复印件，库房平面图（标注库房类型及货位）；

6.委托企业名单及委托产品名单；

7.宁夏医疗器械第三方物流企业年度登记表；

8.提交资料的真实性声明。

**宁夏医疗器械第三方物流企业年度登记表**

单位： （盖章） 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 《医疗器械经营许可证》号 |   |
| 注册地址 |   | 所属市局 |   |
| 营业执照注册号 |   | 登记时间 |  年 月 日 | 有效期 |  年 月 日 |
| 医疗器械经营企业开办时 间 |  年 月 日 | 注册资金（万元） |   | 上年医疗器械营业收入（万元） |   |
| 法定代表人 |   | 企业负责人 |   |
| 质量管理负责人 |   | 质量管理负责人学历/职称 |   |
| 自有/租用 仓库地址 |  |
| 仓库总面积（平方米） |   | 冷藏库、冷冻库容积（立方米） |   | 自有/租用运输车数量 |   | 其中冷藏车数量 |   |
| 医疗器械贮存配送业务覆盖区域 | 跨省（ ） 本自治区内范围（ ） |
| 《医疗器械经营许可证》经营范围 |   |
| 开展医疗器械贮存配送产品范围 |   |
| 物流人员人 数 |   | 计算机管理人员人数 |   |
| 企业联系人 |   | 联系电话 |   |

填报人（签字）：日期： 年 月 日