**首营企业审批表**

填表日期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 类别 | □器械生产企业 |
| 企业地址 |  | □器械经营企业 |
| 许可证号 |  | 到期期限 |  |
| 执照注册号 |  | 注册资金 |  |
| 经营或生产范围 |  | 经营方式 |  |
| 拟供应品种 |  |
| 法定代表人 |  | 传真 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 销售人员 |  | 身份证号 |  |
| 采购员申请原因 |  （签字）： 年 月 日 |
| 业务部门意见 | 负责人（签字）： 年 月 日 |
| 审核意见 | 质量管理负责人（签字）： 年 月 日 |
| 审批意见 | * 同意作为合格供货方
* 不同意作为合格供货方

总经理或主管副总经理（签字）： 年 月 日  |

审核表应附资料：

1、医疗器械经营许可证或医疗器械生产许可证复印件

2、营业执照复印件

3、委托书原件

