医疗器械维修安装企业能力等级

初 审 表

申请企业 （盖章）

填表日期

**中国设备管理协会**

**法定代表人承诺书**

本人以 公司法定代表人的身份郑重声明并承诺：本企业在《医疗器械维修安装企业能力等级申请表》中所报送的一切资料及其数据内容真实有效；本企业将严格遵守国家相关法律、法规及规定，守法经营、诚实信用，接受相关部门的监督审核，如有违规或造假行为，愿承担相应的法律责任。

以下附法定代表人身份证复印件：

身份证复印件上请注明：

——仅限申请医疗器械维修安装企业能力等级使用——

——他用无效——

企业法定代表人：（签名）

（企业公章）

年 月 日

企 业 概 况 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | | | | | | | 联系人 | |  | |
| 电话 |  | | | 手机 | | | |  | | | | |
| 传真 |  | | | Email | | | |  | | | | |
| 注册地址 | | 省　　　 市 | | | | | | | | | 邮编 |  |
| 办公地址 | | 省　　 　市 | | | | | | | | | 邮编 |  |
| 经济性质 | |  | 经营  范围 | |  | | | | | | 成立  日期 |  |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | | | | | | |
| 开户行 | |  | | | | 账号 | | | |  | | |
| 注册资金 | | 万元 | | | | 上年度经营业绩 | | | | 万元 | | |
| 法定代表人 | |  | 职务 |  | | | 职称 | |  | 手机 | |  |
| 企业负责人 | |  | 职务 |  | | | 职称 | |  | 手机 | |  |
| 申请能力等级 类别 | | A类 ；B类 ；C类 ；D类 ；E类 | | | | | | | | | | |
| 申请能力等级 业务范围 | |  | | | | | | | | | | |

企业人员、机构设置情况表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部  门  设  置 | 名 称 | 负责人 | 人数 |
| 维修部门 |  |  |
| 质检部门 |  |  |
| 安全部门 |  |  |
| 环保部门 |  |  |
| 财务部门 |  |  |

注：负责人必须是专职人员

作业加工场地及主要设备情况表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内容  区分 | 项 目 | 数量（平方米） |
| 场 地 面 积 | 办公场所（建筑面积） |  |
| 作业加工场地 |  |
| 备件库 |  |
| 主 要 设 备 | 设备总量 台； 原值 万元。 | |

注：“主要设备”是指维修医疗器械使用的工具、设备。