**湖南省第二类产品注册证补发**

**申请表**

产品名称：

注册证编号：

申请人（盖章）：

申报日期：

**湖南省食品药品监督管理局制**

填表说明

1. 申请人需通过省食品药品监督管理局行政审批系统在网上申报。网上申报成功后，系统会自动生成带有核对码的申请表，申请人再打印下载。网上申报地址：

<http://222.247.53.198:8090/qiye/logoff.do?formAction=logoff>；

2、本申请表应打印。填写内容完整、清楚、整洁，不得涂改。

3、“申请人”、“住所”应与企业工商营业执照相同。

4、申报产品名称、规格型号应与所提交的产品技术要求、检测报告等申报材料中所用名称、规格型号一致。

5、如申报材料中有需要特别加以说明的问题，请在本表“其它需要说明的问题”栏中说明。

6、请在“注册申请应附资料及顺序”栏对应项目左侧方框内划“√”。如根据有关规定，某项材料不需提交，请在该项目左侧的方框内划“#”，并在本表“其它需要说明的问题”栏中写明理由。

7、申请表应有企业法人代表签字并加盖企业公章。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 |  | | | 产品类别 | |  | | |
| 结构特征 | 有源□ 无源□ | | | | | | | |
| 注册证  编号 |  | | | | | | | |
| 补发内容 | □注册证  □变更文件  □附件 | | | | | | | |
| 注册人信息 | 名称 |  | | | | | |
| 组织机构代码 |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| 生产地址 |  | | | | | |
| 法定代表人 |  | 负责人 | |  | | |
| 联系人 |  | 办公电话 | |  | | |
| 移动电话 |  | 传真 | |  | | |
| 邮编 |  | 邮箱 | |  | | |
| **符合性声明**  1、本产品符合《医疗器械注册管理办法》和相关法规的要求；  2、本产品符合现行国家标准、行业标准(符合标准清单附后)；  3、本申请表中所申报的内容和所附资料均真实、合法。  以上如有不实之处，我单位愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。  申报单位（章） 法定代表人（签字）  年 月 日 | | | | | | | |
| 第二类医疗器械注册证补发 | | | | | | |
| □1、申请人关于注册证补发的声明；  □2、证明性文件；  □3、符合性声明(在符合性声明栏签字)。 | | | | | | |
| 其它需说明的问题： | | | | | | |