附表O-4

**医疗器械经营许可注销申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **企业名称** |  | | | | |
| **许可证编号** |  | | **发证日期** |  | |
| **统一社会信用代码** |  | | **有效期限** |  | |
| **法定代表人** |  | | **企业负责人** |  | |
| **经营方式** |  | | | | |
| **经营模式** |  | | | | |
| **住 所** |  | | | | |
| **经营场所** |  | | | | |
| **库房地址** |  | | | | |
| **经营范围** |  | | | | |
| **联系人** | **姓名** | **证件号** | **联系电话** | **传真** | **电子邮件** |
|  |  |  |  |  |
| **注销** |  | | | | |
| **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。**  **法定代表人（签字）              （企业盖章）**  **年    月   日** | | | | | |

填表说明：本表按照实际内容填写，不涉及的可缺项。