证件审核登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 消毒品名称 |  |
| 生产企业 | 公司名称 |  |
| 地址 |  |
| 法人 |  |
| 电话(传真) |  |
| 营业执照 |  |
| 有效期 |  |
| 卫生许可证 |  |
| 有效期 |  |
| 卫生许可批件 |  |
| 有效期 |  |
| CDC(CMA)检验报告 | 发文号：(有效期1年) |
| 经营企业 | 公司名称 |  |
| 地址 |  |
| 法人 |  |
| 电话(传真) |  |
| 营业执照 |  |
| 经营企业许可证 |  |
| 有效期 |  |
| 销售人员 |  |
| 身份证号码 |  |
| 授权委托书有效期 | 生产企业对经营企业 |  |
| 经营企业对个人 |  |
| 企业年度检验时间 | 生产企业 |  |
| 经营企业 |  |
| 审核时间 |  | 审核者 |  |
| 审核结果 | 采购部门：医院感染管理部门： |
| 采购部门签收人 |  |

备注：填至企业年度检验时间即可。