



监督审核通知书/信息确认表

企 业 信 息	是否变更，如有变更请注明
企业名称：国药乐仁堂器械有限公司	☒ 无变化； ☐ 变更后：
现证书范围：仪器仪表、消毒用品、制药设备、医疗器械、化工产品、化学试剂、玻璃仪器的销售服务（有资质要求的范围须符合资质规定）	☒ 无变化； ☐ 变更后：
注册地址：河北省石家庄市长安区青园街57号 如变更请提供新营业执照	☐ 无变化； ☒ 变更后：河北省石家庄市长安区青园街57号 405、407、408、418、427、429室
生产/经营地址：河北省石家庄市长安区青园街57号	☐ 无变化； ☒ 变更后：河北省石家庄市长安区青园街57号 405、407、408、418、427、429室
通讯地址：河北省石家庄市长安区青园街57号	☐ 无变化； ☒ 变更后：河北省石家庄市长安区青园街57号 405、407、408、418、427、429室
法定代表人：靳志强	☐ 无变化； ☒ 变更后：贾利峰
联系人/电话/邮箱（请务必填写有效邮箱）： 梁允 / 15803316053 / 441948636@qq.com	☒ 无变化； ☐ 变更后：
企业人数：85	☒ 无变化； ☐ 变更后：
营业执照经营范围是否变更 （如有变更请附变更后的营业执照）	☒ 无变化； ☐ 变更后：
体系文件是否变更 （如有变更请附变更后的体系文件）	☒ 无变化； ☐ 变更后：
多场所信息：	☒ 无变化； ☐ 变更后：
资质许可证情况： ☐ 不需资质许可； ☒ 现有资质（请列明资质清单及资质证书附件）：医疗器械经营许可证	
国家、地方是否对产品质量、环境及职业健康安全方面进行监测：	



监督审核通知书/信息确认表

☐是(请附监测结果) ☒否

近一年是否发生过重大质量、安全、环境方面的事故,受上级部门的处罚情况:

☐是(请附处罚情况说明) ☒否

涉及季节性生产的单位,提供季节性生产的时间安排: 年 月 日至 年 月 日

涉及夜班生产的单位,提供倒班信息: (需接受夜间生产期间的现场审核)

请贵单位认真核对本表中的信息,在监督审核之前将该表回传至认证机构,以便我机构安排实施监督审核。

按照国家认证认可相关规定,获证组织如不能在规定时间内完成监督审核(查),认证证书将会被暂停或撤销。感谢您的配合和支持!

联系电话: 010-5824 6991

联系人: 市场部

邮箱: isc_service@china-isc.org.cn

企业确认人签字:



企业盖章



2023年11月15日