



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: 北京星立方医疗科技有限公司	☒ 无变化; ☐ 变更后:
现证书范围: 计算机应用软件开发及运维服务; 二类、三类医疗器械、软件及辅助设备的销售	☒ 无变化; ☐ 变更后:
注册地址: 北京市海淀区上地信息路10号五层516房 如变更请提供新营业执照	☒ 无变化; ☐ 变更后:
生产/经营地址: 北京市海淀区上地信息路10号五层516房	☒ 无变化; ☐ 变更后:
通讯地址: 北京市海淀区上地信息路10号五层516房	☒ 无变化; ☐ 变更后:
法定代表人: 钟阳	☒ 无变化; ☐ 变更后:
联系人/电话/邮箱 (请务必填写有效邮箱): 钟阳 /13691463236 /m13659543964@163.com	☒ 无变化; ☐ 变更后:
企业人数: 23	☒ 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):	
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: ☐ 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	





监督审核通知书/信息确认表

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：



2024 年 8 月 12 日