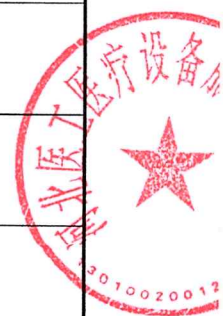




监督审核通知书/信息确认表

企 业 信 息	是否变更，如有变更请注明
企业名称：河北医工医疗设备服务有限公司	☒ 无变化； ☐ 变更后：
现证书范围：E：医疗器械销售与维修（限资质范围内）所涉及场所的相关环境管理活动。 O：医疗器械销售与维修（限资质范围内）所涉及场所的相关职业健康安全管理活动。 S：医疗器械的售后服务（维修、保养、巡检、调配、设备档案管理）五星级	☒ 无变化； ☐ 变更后：
注册地址：河北省石家庄市长安区和平东路488号乐仁堂健康文化科技产业园B1楼2层 如变更请提供新营业执照	☒ 无变化； ☐ 变更后：
生产/经营地址：河北省石家庄市长安区和平东路488号乐仁堂健康文化科技产业园B1楼2层	☒ 无变化； ☐ 变更后：
通讯地址：河北省石家庄市长安区和平东路488号乐仁堂健康文化科技产业园B1楼2层	☒ 无变化； ☐ 变更后：
法定代表人：唐自纯	☒ 无变化； ☐ 变更后：
联系人/电话/邮箱（请务必填写有效邮箱）： 马靖 / 18531132975 / hbygwxfw@163	☒ 无变化； ☐ 变更后：
企业人数：44	☒ 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）：	





监督审核通知书/信息确认表

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

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:



年 月 日

