



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405、407、408、418、427、429室 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青园街57号405、407、408、418、427、429室	☒ 无变化; ☐ 变更后:
通讯地址: 河北省石家庄市长安区青园街57号405、407、408、418、427、429室	☒ 无变化; ☐ 变更后:
法定代表人: 贾利峰	☒ 无变化; ☐ 变更后:
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: 正定县南牛乡牛家庄村西南国药乐仁堂医药有限公司物流中心5号楼	☒ 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: ☐ 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:	





监督审核通知书/信息确认表

☐ 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:

