



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: 成都维德医疗器械有限责任公司	☒ 无变化; ☐ 变更后:
现证书范围: F: 位于成都市新津区五津街道兴园10路36号成都维德医疗器械有限责任公司饮料生产车间的其他饮料(营养素饮料)生产 H: 位于成都市新津区五津街道兴园10路36号成都维德医疗器械有限责任公司饮料生产车间的其他饮料(营养素饮料)生产	☐ 无变化; ☒ 变更后: F: 位于成都市新津区五津街道兴园10路36号成都维德医疗器械有限责任公司饮料生产车间的其他饮料(营养素饮料、植物饮料)生产 H: 位于成都市新津区五津街道兴园10路36号成都维德医疗器械有限责任公司饮料生产车间的其他饮料(营养素饮料、植物饮料)生产
注册地址: 成都市新津区五津街道兴园10路36号 如变更请提供新营业执照	☒ 无变化; ☐ 变更后:
生产/经营地址: 成都市新津区五津街道兴园10路36号	☒ 无变化; ☐ 变更后:
通讯地址: 成都市新津区五津街道兴园10路36号	☒ 无变化; ☐ 变更后:
法定代表人: 钱炳	☒ 无变化; ☐ 变更后:
联系人/电话/邮箱(请务必填写有效邮箱): 向艳彬 / 18081039863 / 657891541@qq.com	☐ 无变化; ☒ 变更后: 陈 香 峰 /13982056846/14920644@qq.com
企业人数: 18	☐ 无变化; ☒ 变更后: 10
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:



2024年12月24日

