



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: 湖北佰逸昌医疗科技有限公司	☒ 无变化; ☐ 变更后:
现证书范围: 备案范围内第二类医疗器械、许可范围内第三类医疗器械(医用超声仪器及有关设备)的销售及售后服务	☒ 无变化; ☐ 变更后:
注册地址: 武昌区中北路109号武汉1818中心(二期)第6-7幢6栋8层5号 如变更请提供新营业执照	☒ 无变化; ☐ 变更后:
生产/经营地址: 武昌区中北路109号武汉1818中心(二期)第6-7幢6栋8层5号	☒ 无变化; ☐ 变更后:
通讯地址: 武昌区中北路109号武汉1818中心(二期)第6-7幢6栋8层5号	☒ 无变化; ☐ 变更后:
法定代表人: 蔡巧英	☒ 无变化; ☐ 变更后:
联系人/电话/邮箱(请务必填写有效邮箱): 张翠兰 / 18627040588 / hbbycy1@163.com	☒ 无变化; ☐ 变更后:
企业人数: 10	☒ 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:	



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:

王靖

企业盖章:



2025年2月20日