



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: 成都欧林生物科技股份有限公司	☒ 无变化; ☐ 变更后:
现证书范围: E: 资质许可范围内吸附破伤风疫苗、b型流感嗜血杆菌结合疫苗、A群C群脑膜炎球菌多糖结合疫苗的研发及生产所涉及场所的相关环境管理活动 O: 资质许可范围内吸附破伤风疫苗、b型流感嗜血杆菌结合疫苗、A群C群脑膜炎球菌多糖结合疫苗的研发及生产所涉及场所的相关职业健康安全管理活动	☒ 无变化; ☐ 变更后:
注册地址: 成都高新区天欣路99号 如变更请提供新营业执照	☒ 无变化; ☐ 变更后:
生产/经营地址: 成都高新区天欣路99号	☒ 无变化; ☐ 变更后:
通讯地址: 成都高新区天欣路99号	☒ 无变化; ☐ 变更后:
法定代表人: 樊绍文	☒ 无变化; ☐ 变更后:
联系人/电话/邮箱 (请务必填写有效邮箱): 李芳 / 028-69361113 / li.fang@olymvax.com	☐ 无变化; ☒ 变更后: 王桂渝 / 18030682384 / wang.guiyu@olymvax.com
企业人数: 349	☐ 无变化; ☒ 变更后: 368
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:



2024年03月24日