



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：黄骅市康田医疗器械有限公司	☒ 无变化； ☐ 变更后：
现证书范围：E：资质范围内医疗器械的生产所涉及场所的相关环境管理活动 O：资质范围内医疗器械的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：黄骅市开发区模具城 如变更请提供新营业执照	☒ 无变化； ☐ 变更后：
生产/经营地址：黄骅市开发区模具城	☐ 无变化； ☒ 变更后：河北省沧州市黄骅市瑞亨道与康田道交叉口北500米路东
通讯地址：黄骅市开发区模具城	☐ 无变化； ☒ 变更后：河北省沧州市黄骅市瑞亨道与康田道交叉口北500米路东
法定代表人：和清选	☒ 无变化； ☐ 变更后：
联系人/电话/邮箱（请务必填写有效邮箱）： 武宁宁 / 13833787759 / 3216381635@qq.com	☒ 无变化； ☐ 变更后：
企业人数：185	☐ 无变化； ☒ 变更后：166
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：注册资金变更为1500万元人民币
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：	



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: 武宁宁

企业盖章:



2025年3月21日