项目编号:10307-2025-Q

**认证证书信息确认书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受审核方名称 | 陕西科美口腔医疗管理有限责任公司 | | | | | 审核组长 | | 郭力 | |
| 组织机构代码 | 91611026MAB2WAJCXU | | | | | CNAS标志 | | Q:未认可 | |
| 认证标准 | GB/T19001-2016/ISO9001:2015 | | | | | | | | |
| 审核类型 | ■初次认证□监督审核□再认证□特殊审核□换证 | | | | | | | | |
| 变更内容 | □组织名称变更□地址变更□认证范围变更（□扩大□缩小） | | | | | | | | |
| 证书标识申请说明  □ 公司因投招标使用，需要证书描述的产品/服务与公司业务一致。  □ 公司需与其它体系或服务认证证书中的产品/服务范围表述一致，便于统一管理。  □ 需与原获证证书范围一致，以便于统一管理。  特申请QMS为一张证书，无CNAS认可标志。 | | | | | | | | | |
| **1.有CNAS认可标志证书内容** | | | | | | | | | |
| 公司名称 | 陕西科美口腔医疗管理有限责任公司  Company Name： | | | | | | | | |
| 注册地址 | 陕西省商洛市镇安县永乐街道办镇城社区迎宾路77号  Registration Address： | | | | | | | | |
| 生产经营地址 | 陕西省商洛市镇安县永乐街道办镇城社区河滨路 001号Production and operation address： | | | | | | | | |
| 认证范围 | 口腔医疗服务  English Scope： | | | | | | | | |
| (注：如需英文版证书，请翻译好填写在在对应项目下方） | | | | | | | | | |
| **2.无CNAS认可标志证书内容** | | | | | | | | | |
| 公司名称 | 陕西科美口腔医疗管理有限责任公司Company Name： | | | | | | | | |
| 注册地址 | 陕西省商洛市镇安县永乐街道办镇城社区迎宾路77号  Registration Address： | | | | | | | | |
| 生产经营地址 | 陕西省商洛市镇安县永乐街道办镇城社区河滨路 001号  Production and operation address： | | | | | | | | |
| 认证范围 | 口腔医疗服务  English Scope： | | | | | | | | |
| (注：如需英文版证书，请翻译好填写在在对应项目下方） | | | | | | | | | |
| 证书规格：A4 | | 被审核方和审核组长对公司名称、地址及认证范围的完整性和准确性负责。如有证书更改，需付费。 | | | | | | | |
| **具体产品具体信息（注：此栏目仅适用于FSMS、HACCP）：** | | | | | | | | | |
| 产品名称 | | | 生产场所/车间 | | 产品类型 | | 产量（吨） | | 产值（万元） |
|  | | |  | |  | |  | |  |
|  | | |  | |  | |  | |  |
| 受审核方签章 | 日期：年月日 | | | 审核组长签字 | | 日期：年月日 | | | |