附件3

**甲类大型医用设备配置许可证**

**信息变更申请表**

**设 备 名 称**

**申 请 单 位 （盖章）**

**所在省（区、市）**

**填 表 人**

**联系方式：**

**填 报 日 期 年 月 日**

中华人民共和国国家卫生健康委员会 制

**填 表 说 明**

1.申请单位应当按照变更事项如实填报本表。

2.申请单位按照变更项目内容选择“申请变更信息项目”中相应内容填写。

3.“设备名称”、“许可证编号”、“阶梯配置机型”按照《甲类大型医用设备配置许可证》填写。

4.“具体型号”填写设备的详细型号。

5.“生产企业”填写设备生产企业名称。

6.“产品序列号”是指生产企业编制的设备唯一编码。在设备标签中，名称为产品序列号或SN码。

7.“出厂时间”填报至年。

8“采购日期”填写签订采购合同的日期。

9.“采购金额”按采购合同填写相应币种的购置金额。如为除美元和人民币以外其他币种，按购买时汇率折算成人民币。

10.“装机日期”填写设备完成安装验收的具体时间。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、申请变更信息项目 | | | | |
| （一）申请单位名称变更 | | | | |
| 原名称： | | | 现名称： | |
| （二）设备配置地址变更 | | | | |
| 原地址： | | | 现地址： | |
| （三）申请单位统一社会信用代码证（或组织机构代码证）变更 | | | | |
| 原名称： | | | 原编号： | |
| 现名称： | | | 现编号： | |
| （四）申请单位法定代表人/主要负责人变更 | | | | |
| 原法定代表人/主要负责人： | | | 现法定代表人/主要负责人： | |
| （五）申请单位所有制性质变更 | | | | |
| 原所有制性质： | | | 现所有制性质： | |
| 二、配置甲类大型医用设备基本信息 | | | | |
| 设备名称 |  | 许可证编号 | |  |
| 具体型号 |  | 阶梯配置机型 | |  |
| 生产企业 |  | 产品序列号 | |  |
| 出厂时间 |  | 采购日期 | |  |
| 采购金额 |  | 装机日期 | |  |
| 三、国家卫生健康委员会审核意见 | | | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | |