深圳市龙岗区第七人民医院一次性使用

医疗用品证件审核表

使用科室: 全院

产品名称: 规格:

医疗器械产品注册证:

有效期:

生产企业:

医疗器械生产企业许可证:

有效期:

供货单位:

医疗器械经营企业许可证:

有效期:

生产企业、供货单位红印章:有 无

设备科审核意见:

签名: 年 月 日

感控科审核意见:

签名: 年 月 日

注意：上述涉及证件，所有供货商将资料按上面排列顺序扫描，并保存在一个PDF文档里面，证件上的印章须为彩色“红印章”。

深圳市龙岗区第七人民医院消毒器械

证件审核表

使用科室: 全院

产品名称: 规格:\_\_\_\_

生产企业:

供货单位:

消毒器械生产企业卫生许可证:

有效期:

卫生部颁发的卫生许可批件:

有效期:

消毒器械经营企业许可证:

有效期:

生产企业、供货单位红印章:

属于三类产品应提供检测报告:有/无

设备科审核意见:

签名: 年 月 日

感控科审核意见:

签名: 年 月 日

注意：上述涉及证件，所有供货商将资料按上面排列顺序扫描，并保存在一个PDF文档里面，证件上的印章须为彩色“红印章”。