附件：

广东省食品药品监督管理局审评认证中心

医疗器械注册申报受理前咨询登记表

申请日期\*： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **企业名称\*** |  | | | |
| **产品名称\*** |  | | | |
| **是否优先** | □创新医疗器械企业 □具有发明专利产品 | | | |
| **咨询联系人\*** | **联系人** |  | **办公电话** |  |
| **手机号码** |  | **邮箱** |  |
| **咨询类别\*** | □有源 □无源 □体外诊断试剂 | | | |
| **咨询问题\*** | 1.  2.  3.  ……  （最多5个问题） | | | |
| **注意事项** | 1. 预约成功的请准时到达，过时自动取消。  2. 咨询范围：广东省内二类医疗器械注册申报前的技术相关问题，不包含技术审评过程中的相关技术问题。  3. 现场答复预约成功后，未按预约时间前来现场咨询的，视为爽约。爽约企业30个自然日内将不再安排预约咨询。 | | | |
| **企业签章\*** |  | | | |
| **备注** |  | | | |

\*内容必须填写完整，若有遗漏或信息不正确，不予预约登记。