|  |
| --- |
| 受理编号：豫卫浆站申( )第 号  受理日期： 年 月 日 |

单采血浆站变更登记

申 请 书

单采血浆站名称： （盖章）

法定代表人： （签名）

组织机构代码：

河南省卫生健康委员会制

**申请变更登记事项**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项 目 | 原核准登记事项 | 申请变更登记事项 |
| 名 称 |  |  |
| 地 址 |  |  |
| 设置单位 |  |  |
| 法定代表人  (主要负责人) |  |  |
| 所有制形式 |  |  |
| 业务项目 |  |  |
| 采浆区域 |  |  |
| 注册资金 |  |  |
| 备注： | | |

**基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设置单位信息 | 名 称 |  | | | 机构代码 | |  | | | |
| 地 址 |  | | | 电 话 | |  | | | |
| 违法采集血浆或  擅自调用血浆行为 | | | **□**有 **□**无 | 传 真 | |  | | | |
| 生产的  血液制品品种 | | |  | | | | | | |
| 单采血浆站信息 | 名 称 | |  | | | | | | 所有制形式 |  |
| 地 址 | |  | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | 邮政编码 | |  | | |
| 法定代表人 | |  | | | 主要负责人 | |  | | |
| 业务项目 | |  | | | 采血浆区域 | |  | | |
| 投资总额 | |  | | | 注册资金 | |  | | |
| **需提交的材料清单：**  一、变更名称  1、《单采血浆站变更登记申请书》；  2、《单采血浆执业许可证》原件及复印件；  3、申请变更登记的原因和理由；具有法律效力的相关材料。  二、变更地址  1、《单采血浆站变更登记申请书》（一式2份）；  2、《单采血浆执业许可证》正本及复印件；  3、因道路、门牌号发生变化变更的，提供所在地地名管理部门出具的证明书；  4、单采血浆站因迁移变更地址的，除以上1、2、3材料外，还应提交以下材料：、  （1）用房产权证明或者使用证明；  （2）建筑设计平面图和科室分布图；  （3）验资证明、资产评估报告及出具单位资质证件复印件；  （4）消防、环保部门意见。  三、变更法定代表人或者主要负责人  1、《单采血浆站变更登记申请书》；  2、《单采血浆执业许可证》正本及复印件；  3、现任法定代表人（主要负责人）的任职文件原件和复印件；  4、法定代表人任职证明；  5、法定代表人签字表。  注：非法定代表人或主要负责人办理的，单位需出具委托函（样式附后）。 | | | | | | | | | | |

**法定代表人签字表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 职 务 |  |
| 人事关系  所在单位 | |  | | 电 话 |  |
| 工作单位  地 址 | |  | | 电 话 |  |
| 家庭住址 | |  | | 电 话 |  |
| 签  字 | 年 月 日 | | 人事关系  所在单位 | | (公章)  年 月 日 |
| 身份证复印件:  (此处贴身份证复印件) | | | | | |
| 本机构印章: 法定代表人印章:  年 月 日 | | | | | |

**审核意见**

|  |  |
| --- | --- |
| 县级卫生健康行政部门意见 | 负责人签字： （公章）  年 月 日 |
| 市级卫生健康行政部门意见 | 负责人签字： （公章）  年 月 日 |
| 行政许可  申 请 人 | 承诺：以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。  医疗机构（公章）： 法定代表人（签字）：  年 月 日 |
| 行政许可  受理机关 | 承办人：  年 月 日 |

（非法定代表人或主要负责人办理时提供）

**行政许可申请授权委托书**

兹授权委托 （身份证号： ）代理我单位 申请及证件签收相关事宜。

本委托书有效期至该行政许可事项办结。

代理人身份证复印件粘贴处

委托单位（签章）：

委托人（签名）：

代理人（签名）：

年 月 日