机构数字证书申请表

编号：(MD-2008-004)

# 选择业务类型

|  |
| --- |
| **新申请 个，年限 年 （可选1-5年）** **更新 个，年限 年 （可选1-5年）** |
| **变更** **注销** **补办** **解锁** **密钥恢复** |

# 选择企业类型（单选）

|  |
| --- |
| 药品生产企业 药品批发企业 药品连锁企业 食品生产企业 医疗器械生产企业  医疗器械经营企业 餐饮培训机构 保健品生产企业 保健品经营企业 化妆品生产企业  药品零售 医疗机构 药店 其他 |

# 申请单位基本资料（\*号键为必填项）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **企业名称\*（必填）：** |  | |
| 单位有效证件\* | 营业执照/统一社会信用代码： |  |
| 其它有效证件及号码： |  |
| 联系电话： |  | |
| 法定住所\*： |  | |
| 通信地址： |  | |

# 经办人资料（\*号键为必填项）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名\*： |  | 手机\*： |  | 电子邮箱\*： | | （用于获取电子发票） |
| 身份证号\*： |  | | | | （请仔细校对身份证号码确保无误） | |

# 申请单位声明

**本单位在此郑重声明：本单位授权上述经办人办理本单位数字证书，本单位保证所填写的内容和提交的证明材料真实、完整、有效。本单位已认真阅读并以在此申请表上盖章方式同意遵守广东省电子商务认证有限公司网站（**[**www.cnca.net**](http://www.cnca.net)**）发布的《网证通电子认证业务规则》（CPS）、《网证通电子认证服务协议》的各项内容，如有违反愿意承担由此引起的一切责任。**

**经办人签署（手写）： 申请单位盖章：（实体公章） 申请日期： 年 月 日**

# 用户须知

* 1. 本申请表一式二份。以上所有项目均必须填写。基本资料请填写完整后打印、并签字加盖实体公章。
  2. 所有单位须提交如下资料：
* 药品生产或经营许可证及所在药品监督管理机构及药监相关主管机构颁发的相关证件复印件一份，并加盖单位公章；

注：变更业务必须提供，变更外其他业务可不提供。

* 营业执照（副本）或其他统一社会信用代码证件复印件一份，并加盖单位公章。现场办理必须提供原件备查；
* 法定代表人身份证复印件一份和经办人身份证复印件一份，并加盖单位公章。现场办理必须提供经办人身份证原件备查；
* 办理更新、变更、解锁业务，需同时提交电子密匙（数字证书存储介质，外型像U盘）；
* 办理单位名称变更，需提供许可证变更记录或营业执照变更记录一份，并加盖单位公章。

# 受理审核（以下由证书受理员填写）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理员： |  | 受理时间： | 年 月 日 时 |
| 备 注： |  | | |
| 复查员签字： | | 业务受理点（盖章）： | |