

医疗广告审查申请表

申请日期： 2023 年 3 月 1 日

医疗机构第一名称	商州新牙博仕口腔门诊部	法定代表人 (主要负责人)	王辉
《医疗机构执业许可证》登记号	MA70YLUP861100217D1522	发证卫生行政部 门	
校验有效期	自 2021 年 11 月 23 日至 2021 年 12 月 31 日止		
地址	洛阳市商州区城关街道办事处四皓社区群贤路		
邮编	726000	电话	18991569008
床位数	0	传真	
诊疗科目	口腔科		
接诊时间			
所有制形式	私有制	机构类型	门诊部
广告发布媒体类别	<input type="checkbox"/> 影视 <input type="checkbox"/> 报纸 <input type="checkbox"/> 期刊 <input type="checkbox"/> 户外 <input type="checkbox"/> 印刷品 <input checked="" type="checkbox"/> 网络	广告时长	
提交申请材料目录	1、医疗广告审查证明 4 份。		
	2、医疗广告审查申请表 4 份。		
	3、医疗广告成品样件 4 份。		
	4、《医疗执业许可证》副本 1 份，复印件 4 份。		
经办人	王建	联系电话	18991506693

医疗机构法定代表人签名 王辉

加盖医疗机构公章

2023 年 3 月 1 日

申请受理号 _____





中华人民共和国

医疗机构执业许可证

机构名称 商州新牙博仕口腔门诊部 法定代表人 王辉



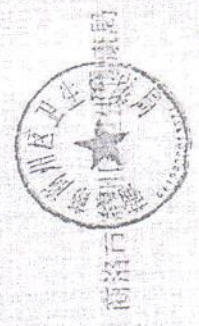
地址 群贤居菊铺8号1托07商舖 主要负责人 陈一

诊疗科目 口腔科 登记号 MA70YLUP861100217D1522

营利性

有效期限 自 2021 年 11 月 23 日至 2026 年 12 月 31 日

该医疗机构经核准登记，准予执业



发证机关

发证日期 2021 年 11 月 23 日

中华人民共和国国家卫生健康委员会制

医疗广告成品样件

申请日期: 2023 年 3 月 1 日

广告主情况	第一名称	商州新牙博仕口腔门诊部		
	地址	商洛市商州区城关街道办事处四皓社区群贤路		
	机构类别	门诊部	执业许可证登记号	MA70YLUP861100217D1522
	法定代表人(主要负责人)	王辉	联系电话	18991569008
拟发布媒体种类	<input type="checkbox"/> 影视 <input type="checkbox"/> 报纸 <input type="checkbox"/> 期刊 <input type="checkbox"/> 户外 <input type="checkbox"/> 印刷品 <input checked="" type="checkbox"/> 网络 <input type="checkbox"/> 其他---			
广告成品样件粘贴处:				
				
(医疗机构盖章)		(审查机关盖章)		

注: 1、广告成品样件: 影视广告提供脚本, 平面广告提供小样, 广播广告提供文案, 网络广告提供页面样件。应标注医疗广告审查证明文号的位置、形式。

2、申请审批时需提交文本书一式二份。广告样件粘贴处加盖骑缝章。核准后, 本文书一份审查机关存档, 一份医疗机构与《医疗广告审查证明》一并作为审定凭证。

申请受理号 _____

委托书

委托人：王辉 性别：男，身份证号：612501197709277172，
由于本人工作繁忙，不能亲自办理医疗广告审批文件相关手续，特委
托王建 身份证号：612524198904090046 作为我的合法代理人，
全权代表我办理相关事项，对委托人在办理上述事项过程中所签署的
有关文件，我均以认可，并承担相应的法律责任。

委托期限，自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人签字：

2023年3月2日

