

医疗广告审查申请表

申请日期 2024年 3月 1日

| | | | | | |
|----------------|---|------|------------------|------------|--|
| 医疗机构第一名称 | 山阳爱升明空诊所 | | 法定代表人 (主要负责人) | 王攀 宋娟 | |
| 《医疗机构执业许可证》登记号 | PDY60012X61102417 D2152 | | 发证卫生行政部门 | 山阳县行政审批服务局 | |
| 校验有效期 | 2022年08月01日至2027年07月31日 | | | | |
| 地址 | 山阳县城关镇西城路中段 | | | | |
| 邮编 | 726400 | 电话 | 0914-8885120 | | |
| 床位数 | | 传真 | 无 | | |
| 诊疗科目 | □ 口腔科 | | | | |
| 接诊时间 | 8:00---18:30 | | | | |
| 所有制形式 | 私人 | 机构类型 | 诊所 | | |
| 广告发布媒体类别 | <input type="checkbox"/> 影视 <input type="checkbox"/> 报纸 <input type="checkbox"/> 期刊 | | 广告时长 | | |
| | <input type="checkbox"/> 户外 <input type="checkbox"/> 印刷品 <input checked="" type="checkbox"/> 网络 | | | | |
| 提交申请材料目录 | 1、医疗广告审查证明 1份 | | | | |
| | 2、医疗广告审查申请表 1份 | | | | |
| | 3、医疗广告成品样件表 1份 | | | | |
| | 4、《医疗机构执业许可证》副本原件一份，复印件一份 | | | | |
| | 5、报纸广告成品样件 1张、户外样件 1张 | | | | |
| | 6、网络广告成品样件 1张、印刷品成品样件 1张、期刊广告样件 1张 | | | | |
| 经办人 | 石洋 | 联系电话 | 18691431258 | | |

医疗机构法定代表人签名 王攀

加盖医疗机构公章

2024年 3月 1日

申请受理号 _____

医疗广告审查证明

| | | | |
|------------------------------|--|------------------|-------------------|
| 医疗机构第一名称 | 山阳爱牙口腔诊所 | | |
| 《医疗机构执业许可证》登记号 | PDY60012X61102417D2152 | 法定代表人 (主要负责人) | 王攀 宋娟 |
| | 诊疗科目 | 口腔科 | |
| 医疗机构地址 | 山阳县城关镇西城路中段 | | |
| 接诊时间 | 8:00—18:30 | 联系电话 | 0914-8885120 |
| 广告发布媒体类别 | <input checked="" type="checkbox"/> 影视 <input type="checkbox"/> 报纸 <input type="checkbox"/> 期刊 | 广告时长 | |
| | <input type="checkbox"/> 户外 <input type="checkbox"/> 印刷品 <input checked="" type="checkbox"/> 网络 | | |
| 县级初审意见 | 同意上报。  | | |
| 审查结论 | 按照《医疗广告管理办法》(国家工商行政管理总局、卫生部令第26号, 2006年1月10日发布)的有关规定, 经审查, 同意发布该医疗广告(具体内容和形式以经审查同意的广告成品样件为准)。 本医疗广告申请受理号: | | |
| 本审查证明有效期: (自 年 月 日起至 年 月 日止) | | | |
| 医疗广告审查证明文号: (商)医广【 】第 号 | | | |
| 审查意见 | 科室意见: | 领导签字: | (审查机关盖章) 年 月 日 |
| | | | |

注: 本审查证明原件须与《医疗广告成品样件》审查原件同时使用方具有效力。

医疗广告成品样件

申请日期: 2024年 3月1日

| | | | | |
|---------|--|-------------|----------|------------------------|
| 广告主情况 | 第一名称 | 山阳爱牙口腔诊所 | | |
| | 地址 | 山阳县城关镇西城路中段 | | |
| | 机构类别 | 口腔科 | 执业许可证登记号 | PDY60012X61102417D2152 |
| | 法定代表人(主要负责人) | 王攀 宋娟 | 联系电话 | 18691431258 |
| 拟发布媒体种类 | <input checked="" type="checkbox"/> 影视 <input checked="" type="checkbox"/> 网络 <input type="checkbox"/> 报纸 <input type="checkbox"/> 期刊 <input type="checkbox"/> 户外 <input type="checkbox"/> 印刷品 <input type="checkbox"/> 其他--- | | | |

广告成品样件粘贴处:

爱牙口腔门诊 (西城路店)

★★★★★ 3.6 9条

口腔医疗机构 >



8 收录8年 >

南大街与西城路交叉口向北50米 >
 ◎ 距您步行30m,需要1分钟

优惠

评价

团 团购

⌚ 随时退 ⌚ 过期退

口腔科



口腔科
周末节假日通用



口腔科
限工作日



口腔科
颗数: 1

(医疗机构盖章)

注: 1、广告成品样件: 广告提供页面样件。应
 2、申请审批时需提

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 _____

诊所备案凭证

名称 山阳爱牙口腔诊所

地址 山阳县城关街道西城路

法定代表人 王攀

主要负责人 宋娟

诊疗科目 口腔科*****

服务方式 门诊服务

备案编号 PDY00082661102417D2202

所有制形式 私人

经营性质 营利性



(电子证照二维码)

山阳县行政审批服务局

备案机关 (盖章)

备案日期 2023年12月08日

