

医疗广告审查证明

医疗机构第一名称	绍兴柯桥柯隆口腔诊所				
《医疗机构执业许可证》登记号	PDY78521633060315D152	法定代表人 (主要负责人)	占祥启		
		身份证号	360428.....0838		
医疗机构地址	绍兴市柯桥区柯桥街道鉴湖路 592 号				
所有制形式	营利性	医疗机构类别	口腔诊所		
诊疗科目	口腔科; (不含种植) *****				
床位数	0	接诊时间	8: 30-18:30	联系电话	13626853215
广告发布媒体类别	网络	广告时长 (影视、声音)	无		
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 11 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: (绍)医广(3)受[2023]020 号				
本审查证明有效期:壹年(自 2023 年 8 月 14 日起, 至 2024 年 8 月 13 日止)					
医疗广告审查证明文号: (绍)医广(3)【2023】第 08-14-02 号					

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。
(注意事项见背面)



(注：填报医疗广告审查申请表时应一并填报医疗广告成品样件表)

(2-1)

申请受理号_____

医疗广告成品样件表

提交日期：2023 年 08 月 14 日

医疗机构情况	第一名称	绍兴柯桥科隆口腔诊所		
	地址	柯桥区柯桥街道鉴湖路 592 号		
	机构类别	口腔诊所	执业许可证登记号	PDY78521633060315 D2152
	法定代表人 (主要负责人)	占祥启	联系电话	13626853215
拟发布媒体类别	<input type="checkbox"/> 影视 <input type="checkbox"/> 广播 <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"/> 其它_____			
广告成品样件粘贴处：				
				
(医疗机构盖章)		(审查机关盖章)		

注：

1. 电视、广播广告可以先提交镜头脚本和广播文稿，初审合格后再提交广告成品样件。
2. 平面广告提供小样，网络广告提供页面样件。
3. 医疗广告成品样件需标注广告审查证明文号的位置、形式。
4. 申请审查时至少需提交本文书一式七份，广告样件粘贴处加盖骑缝章。
5. 医疗广告成品样件表原件需与《医疗广告审查证明》一并作为审定凭证。