附件3

2022年杭州市生物医药产业高质量发展

专项资金申请表

（支持医疗器械研发项目）

申报单位（公章）： 时间： 年 月 日 单位：万元

|  |
| --- |
| 一、企业（机构）基本情况 |
| 企业（机构）名称 |  | 注册时间 |  |
| 办公地址 |  | 组织机构代码 |  |
| 生产地址 |  | 所属产业功能区 |  |
| 税务登记证号 |  | 税务属地（区县市） |  |
| 法定代表人 |  | 电话 |  | 移动电话 |  |
| 项目联系人 |  | 电话 |  | 移动电话 |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 |  |
| 二、企业（机构）主要经济指标 |
| 年份 | 总产值 | 销售收入 | 利润 | 税收 |
| 2019年 |  |  |  |  |
| 2020年 |  |  |  |  |
| 2021年 |  |  |  |  |
| 三、项目基本情况 |
| 项目名称 |  |
| 申报类型 | □ 国家创新医疗器械特别审查程序或医疗器械优先审批程序的医疗器械产品，首次获得医疗器械注册证书 □ 三类医疗器械 □创新型二类医疗器械 |
| 医疗器械临床备案凭证 | □三类医疗器械□二类医疗器械 | 备案凭证编号 |  |
| 医疗器械注册证名称 |  | 注册证编号 |  |
| 注册证取得时间 |  | 该医疗器械开始生产时间 |  |
| 近3年研发投入情况 |  |
| 该医疗器械生产地址 |  |
| 该医疗器械获得的发明专利、软件著作权名称及编号 |  |
| 项目获得政府资金补助情况 | （该项目曾获得国家、省、市、区各级政府部门资金补助情况） |
| 临床试验牵头单位 |  |
| 试验期 | 试验周期 | 承担试验医疗机构 | 临床投入 | 机构所在地区 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 项目申请奖补资金额度 |  |
| 四、区（市）审核意见 |
| 区、县（市）政府（公章）：确认或承诺该项目产品在本市生产。 年 月 日 | 区、县（市）财政主管部门（公章）：由市和各区、县（市）按财政体制共同承担。 年 月 日 |
| 区、县（市）科技主管部门（公章）： 年 月 日 |  |