**医疗广告成品样件表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构 情 况 | **第一名称** | **繁峙众德口腔诊所** |
| **地** **址** | **繁峙县繁城镇丽都广场5号楼501室** |
| **机构类别** | **口腔诊所** | **执业许可证登记号** | MADR5KNR414092415D2202 |
| **法定代表人(主要负责人)** | **孙存娥(高瑜)** | **联系电话** | 18603459200 |
| **拟发布媒体类别** | □影视 □广播口报纸口期刊 ☑户外□印刷品□网络口其它--------------------- |
|  | **广告成品样件打印处：****晋医广[XXXX]XX-XX-X** **XXXX号****繁峙众德口腔诊所****诊疗科目：****口腔科\***\***\*\*\***\***电话：400-808-521716635145777****地址：繁峙县丽都广场5号楼501室** |
|  |
|  |

**注** **：**1.电视、广播广告提交镜头脚本和广播文稿及广告成品样件；

2.平面广告提供小样；

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.申请审查时需提交本文书一式一份；

5.医疗广告成品样件表原件需与《医疗广告审查证明》 一并作为审定先证。



**医疗广告成品样件表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构 情 况 | **第一名称** | **繁峙众德口腔诊所** |
| **地** **址** | **繁峙县繁城镇丽都广场5号楼501室** |
| **机构类别** | **口腔诊所** | **执业许可证登记号** | MADR5KNR414092415D2202 |
| **法定代表人(主要负责人)** | **孙存娥(高瑜)** | **联系电话** | 18603459200 |
| **拟发布媒体类别** | □影视 □广播口报纸口期刊 □户外☑印刷品□网络口其它------------------------- |
|  | **广告成品样件打印处：****晋医广[XXXX]XX-XX-X** **XXXX号****繁峙众德口腔诊所****诊疗科目：****口腔科\***\***\*\*\***\***电话：400-808-521716635145777****地址：繁峙县丽都广场5号楼501室** |

**注** **：**1.电视、广播广告提交镜头脚本和广播文稿及广告成品样件；

2.平面广告提供小样；

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.申请审查时需提交本文书一式一份；

5.医疗广告成品样件表原件需与《医疗广告审查证明》 一并作为审定先证。



**医疗广告成品样件表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构 情 况 | **第一名称** | **繁峙众德口腔诊所** |
| **地** **址** | **繁峙县繁城镇丽都广场5号楼501室** |
| **机构类别** | **口腔诊所** | **执业许可证登记号** | MADR5KNR414092415D2202 |
| **法定代表人(主要负责人)** | **孙存娥(高瑜)** | **联系电话** | 18603459200 |
| **拟发布媒体类别** | 口影视 口广播口报纸口期刊 □户外□印刷品□网络口其它------------------------- |
|  | **广告成品样件打印处：**晋医广[XXXX]XX-XX-X XXXX号**繁峙众德口腔诊所****诊疗科目：****口腔科\***\***\*\*\***\***电话：400-808-521716635145777****地址：繁峙县丽都广场5号楼501室** |
|  |
|  |

**注** **：**1.电视、广播广告提交镜头脚本和广播文稿及广告成品样件；

2.平面广告提供小样；

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.申请审查时需提交本文书一式一份；

5.医疗广告成品样件表原件需与《医疗广告审查证明》 一并作为审定先证。

