BSZN-

 医疗广告审查

办事指南

官渡区卫生健康局

2019年12月17日发布

**医疗广告审查办事指南**

一、受理范围

官渡区行政区域范围内的医疗机构。

二、办理依据

《医疗广告管理办法》。

三、实施机关

官渡区卫生健康局受昆明市卫生健康委员会委托办理该行政许可事项，负责该行政事项的受理、审查并做出行政许可决定。

1. 许可条件

（一）予以批准的条件：

1．符合《中华人民共和国医疗机构管理条例》；

2．符合《中华人民共和国医疗机构管理条例实施细则》；

3．符合《中华人民共和国医疗广告管理办法》。

（二）不予批准的情形：

未达到《中华人民共和国医疗机构管理条例》、《中华人民共和国医疗机构管理条例实施细则》或《中华人民共和国医疗广告管理办法》。

五、许可数量

无限制

1. 受理形式和地点

窗口办理：官渡区政府政务服务中心窗口

地 址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦4号楼政务服务中心窗口，咨询电话67159358、67159308。

交通方式：可乘坐169路、174路、232路、252路、253路、A12路、D12路公交车到达。办理网址：否

七、申请材料

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 材料形式 | 纸质/电子文件 | 份数 | 备注 |
| 1 | 医疗广告审查申请表（一式一份）； | 原件□复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 2 | 医疗广告成品样件表（一式九份）； | 原件□复印件 | 纸质 | 9份 |  |
| 3 | 法定代表人承诺书（一式一份）及法定代表人身份证复印件； | 原件□复印件 | 纸质 | 1份 | 身份证复印件,相关资质复印件, 复印件盖公章 |
| 4 | 《医疗机构执业许可证》正、副本原件及复印件（一式一份，盖单位公章）； | 原件复印件 | 纸质 | 1份 | 验原件收复印件，盖公章 |
| 5 | 如申请影视、广播需提交光盘（一式三份）； | 原件□复印件 | 光盘 | 3份 |  |
| 6 | 若委托办理，则需要委托书、法人和代理人身份证明 | 原件复印件 | 纸质 | 1份 | 本人签字按手印 |
| 7 | 其他情形相关材料 | 原件复印件 | 纸质 | 1份 | 原件（核验）收复印件 |

 八、办理时限

法定办理时限: 20工作日

承诺办理时限：材料齐全的3个工作日

九、许可收费及依据

 本许可事项不收费

十、办理流程

**（一）申请**

1、提交方式：窗口现场提交。

窗口地址：官渡区政府政务服务中心窗口

地址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦4号楼政务中心窗口。

1. 提交时间（现场）：周一至周五（法定节假日除外）上午9:00-12:00

13：00-17：00。

**（二）受理**

受理审核：对申请人提交的书面申请材料进行完整性审查，申请材料符合法定要求的，予以受理；提交资料不全的，发放补正材料通知书。

（三）审核

申请材料符合法定要求的进入审批程序。

（四）许可决定及送达方式

审批通过的，核发《医疗广告审查证明》

送达方式：到官渡区人民政府政务服务中心窗口直接领取

1. 许可服务

**（一）咨询**

1、窗口咨询：官渡区政府政务服务中心窗口

地址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦4号楼政务中心窗口，

2、电话咨询：咨询电话67159358、67159308，当场回复。

**（二）办理进程查询**

 可通过窗口电话：67159358、67159308查询进程。

**（三）监督投诉**

窗口投诉：窗口投诉：官渡区人民政府政务服务中心一楼投诉受理窗口；

电话投诉： 0871—67154367，

信函投诉：官渡区卫生健康局办公室 通讯地址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦1号楼二楼 邮政编码650200 电话67173050

网站投诉：云南省政务服务网上大厅（<http://www.zwfw.yn.gov.cn>）

**（四）行政复议或行政诉讼**

1.行政诉讼部门

如不服本（行政许可）决定，可在接到本决定书之日起60日内向昆明市卫生健康委员会或官渡区人民政府申请行政复议，或6个月内向官渡区人民法院起诉。

2.行政复议部门：

（1）官渡区人民政府司法局 ( 地址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦1号楼6层，联系电话：（0871）67152522；

（2）昆明市卫生健康委 (地址：昆明市呈贡新区行政中心8号楼4层，联系电话：0871-63170064。

 （3）诉讼机关：官渡区人民法院

 地址：官渡区雨龙路1619号，联系电话0871-67275888

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗广告审查办事指南办事流程示意图

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 提出申请审核申请材料 符合不予受理情形申请材料审核结果需要补正材料发放《补正材料通知书》合格不予受理发放《医疗广告审查证明》材料补正后符合要求  |

 |

**以下表格由申请人自行到昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦4号楼政务服务中心综合窗口领取****申请受理号：­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **医疗广告审查申请表**申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构第 一 名 称 |  | 发 证 卫 生行 政 部 门 |  |
| 《医疗机构执业许可证》登记号 |  | 法 定 代 表 人（主要负责人） |  |
| 身 份 证 号 |  |
| 校验有效期 | 壹年/叁年（自 年 月 日起，至 年 月 日止） |
| 医疗机构地址 |  |
| 所有制形式 |  | 医疗机构类别 |  |
| 诊疗科目 |  |
| 床 位（牙椅） 数 |  | 接诊时间 |  |
| 联系电话（区号） |  | 邮 编 |  |
| 发布媒体类别 | □影视 □广播 □报纸 □期刊□户外 □印刷品 □网络□其他  | 广告时长（影视、声音） |  秒 |
| 提交申请材料目录 | 1．医疗广告审查申请表（一式一份）； |
| 2．医疗广告成品样件表（一式八份）； |
| 3．法定代表人承诺书（一式一份）及法定代表人身份证复印件； |
| 4．《医疗机构执业许可证》副本原件及复印件（一式一份，盖单位公章）； |
| 5．如申请影视、广播需提交光盘（一式三份）； |
| 6．其它 |
|  |
|  |
| 经办人/电话 | / | 身份证号 |  |

法定代表人签名： 医疗机构（盖章） 年 月 日（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）   **申请受理号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **医疗广告成品样件表** 提交日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医疗机构情况 | 第一名称 |  |
| 地 址 |  |
| 机构类别 |  | 执业许可证登记号 |  |
| 法定代表人（主要负责人） |  | 联系电话（区号） |  |
| 拟发布媒体类别 | □影视 □广播 □报纸 □期刊 □户外 □印刷品 □网络 □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（光盘一式三份），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、页面样件申请审查时至少需提交本文书一式八份，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。**医疗机构法定代表人承诺书**法定代表人保证： 本人向官渡区卫生健康局提供的资料和所附材料均真实、合法、有效，如有不实之处，愿承担由此造成的一切后果。本人遵守医疗广告管理的有关法律、法规，取得“医疗广告审查证明”后严格按核定的广告内容刊播，超出广告核定内容的，本人愿承担相应的法律责任。 医疗机构法定代表人签名：法定代表人身 份 证 号 ：医疗机构公章： 年 月 日 |

  **增项编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**医疗广告审查申请表（增项）**

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构第 一 名 称 |  | 发 证 卫 生行 政 部 门 |  |
| 《医疗机构执业许可证》登记号 |  | 法 定 代 表 人（主要负责人） |  |
| 身 份 证 号 |  |
| 校验有效期 | 壹年/叁年（自 年 月 日起，至 年 月 日止） |
| 医疗机构地址 |  |
| 所有制形式 |  | 医疗机构类别 |  |
| 诊疗科目 |  |
| 床 位（牙椅） 数 |  | 接诊时间 |  |
| 联系电话（区号） |  | 邮 编 |  |
| 发布媒体类别（打勾） | □影视 □广播 □报纸 □期刊□户外 □印刷品 □网络□其他  | 广告时长（影视、声音） |  秒 |
| 提交申请材料目录 | 1、医疗广告增项审查申请表（一式一份）； |
| 2、医疗广告增项成品样件表（一式八份）； |
| 3、原《医疗广告审查证明》复印件（一式一份、盖医院章）； |
| 4、法定代表人承诺书（一式一份）； |
| 5、《医疗机构执业许可证》副本原件及复印件（一式一份、盖单位公章）； |
| 6、如申请影视、广播，需提交光碟（一式三份）； |
| 7、其它 |
|  |
| 经办人/电话 | / | 身份证号 |  |

医疗机构法定代表人签名： 医疗机构（盖章）

 年 月 日

（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）

 **增项编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**医疗广告成品样件表（增项）**

 提交日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医疗机构情况 | 第一名称 |  |
| 地 址 |  |
| 机构类别 |  | 执业许可证登记号 |  |
| 法定代表人（主要负责人） |  | 联系电话（区号） |  |
| 拟发布媒体类别（打勾） | □影视 □广播 □报纸 □期刊 □户外 □印刷品 □网络 □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（光盘一式三份），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、页面样件申请审查时至少需提交本文书一式八份，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。