**附件6 申报企业委托申明**

**申报企业委托申明**

**成都市第三人民医院：**

兹委托 ，身份证号 ，电话

在此次贵院拟引入药品遴选中负责本企业下述 个药品申报工作。本企业没有委托其他人员负责本工作，若有不实，被取消资格，本企业愿意承担由此导致的一切后果。

特此申明！

附：委托申报药品通用名（商品名）

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

附：被委托人身份证复印件

**申报企业名称（公章）**

**法定代表人签名（盖章）**

**年 月 日**