附件2

销售委托申明

**成都市第三人民医院：**

兹委托 （身份证号 ，电话 ）在此次贵院引入药品中负责本企业下述 个药品销售相关工作。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：委托销售药品通用名（商品名）

附：被委托人身份证复印件

**委托企业名称（公章）**

**法定代表人签名（盖章）**

**年 月 日**