**附件4**

**申报企业委托申明**

四川天府新区人民医院：

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：委托申报药品信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **药品通用名** | **商品名** | **剂型** | **规格** |
|  |  |  |  |

附：被委托人身份证复印件

申报企业法人代表或委托代理人（签章）

申报企业名称（公章）

**年 月 日**