附件2：遴选报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **遴选报名表** | | | |
| **项目名称**  **（项目序号+项目名称）** |  | | |
| **报名联系人** |  | **手机：** | **电子邮箱：** |
| **药品注册证号** |  | □注册证截止日期： 年 月 日 | |
| **生产厂家名称** |  | □1.营业执照  □2.药品生产许可证  许可证截止日期： 年 月 日 | |
| **供应企业名称** |  | □1.营业执照  □2.药品经营许可证  许可证截止日期： 年 月 日  □4.法人授权委托书  □ 年 月 日  □ 本次项目完成 | |
| **生产厂家授权书** | □ 年 月 日  □ 本次项目完成 | **产品用户发票**  **（优先提供三甲医院）** | 医院名称：  医院名称：  医院名称： |
| **报名公司名称**  **（公章）** |  | | |
| **所提供资料必须真实准确。如有不实，应选资格将被撤销，且所缴保证金不予退还。**  **报名联系人签字：** | | | |