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：** |