**附件5：厂家委托申明**

**厂家委托申明**

成都市妇女儿童中心医院：

兹委托姓名 ，身份证号 ，联系电话 ，负责本企业此次新药申报工作，本企业没有安排其他人员负责本次新药申报。申报品种满足四川省“两票制”或“一票制”有关规定；且申报品种独家配送商为 ,若有不实，被取消申报资格，本企业愿意承担由此导致的一切后果。

特此申明！

附：

1、具体申报品种信息

药品名称：

剂型：

规格：

生产厂家：

2、被委托人身份证正反面复印件

**企业（公章）：**

**年 月 日**