附件5：

**厂家委托申明**

**成飞医院：**

兹委托 ，身份证号 ，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。申报品种需满足四川省药品“两票制”有关规定。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。

委托时间： 年 月 日 至 年 月 日

特此申明！

附：1、具体申报品种信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品名称 | 商品名 | 剂型 | 规格 | 价格 |
|  |  |  |  |  |

2、被委托人身份证正反面复印件

企业名称：

公 章：

年 月 日