附件1

药品配送企业遴选申请

隆林各族自治县中医医院：

我司作为中国境内合法合规的医药配送企业，经营资质、硬件设施、人员配置等条件均符合贵院药品配送企业遴选要求，特此申请参与此次药品配送企业遴选。现我司委托XX 作为授权代理人，负责本项目后续工作。我司承诺，提供递交的资料均合法有效。

法人（签字或盖章）：

授权代理人（签字或盖章）：

授权代理人联系电话：

企业公章

2024年XX月XX日

附以下材料（发送至邮箱402029106@qq.com报名）：（1）《营业执照》《药品经营许可证》或《药品生产许可证》、广西药品和医用耗材招采管理系统的配送企业资质，以上文件提供复印件并加盖公章。（2）法人身份证正反面复印件（加盖公司公章）、授权代理人身份证正反面复印件（加盖公章），审核通过后电话通知递交遴选文件。