附件6

厂家委托申明

攀枝花市中心医院：

兹委托 （身份证号 ；电话 ）

负责本企业此次药品资料递交工作。本企业没有安排其他人员负责本次工作，若有不实，被取消资格，本企业愿意承担由此导致的一切后果。

特此申明！

下框内被委托人身份证两面复印件剪、粘贴处：

**企业名称（公章）**

年 月 日