**药品配送企业遴选申请**

**西南医科大学附属口腔医院:**

**我单位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。现我单位委托 作为授权代理人，负责本项目后续工作。我单位承诺，提供递交的资料均真实合法有效。**

**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**

**XXXX年XX月XX日**

**备注: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)**