附件3

**中药配方颗粒配送企业遴选项目调研报名登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项 目 名 称** |  | **项目编号** |  |
| **单位全称** |  |
| **法定代表人** |  | **电 子 邮 件** |  |
| **联 系 人** |  | **联系方式** |  |
| **办公地址** |  | **报名时间** |  |
| **提交的报名资料文件** |
| 序 号 | 报 名 资 料 | 有/无（√） |
| 1 | 企业有效的企业法人营业执照副本、税务登记证、组织机构代码证副本复印件 |  |
| 2 | 项目经办人员授权及经办人员身份证复印件（原件） |  |
| 3 | 法人代表身份证复印件及法定代表人授权书（原件） |  |
| 4 | 相关证明材料（原件） |  |
| 5 | 至少三家广西壮族自治区内同级别医疗机构供应案例或合作证明 |  |