

附件7 药品配送企业法人授权委托书

药品配送企业法人授权委托书

\_\_\_\_\_医院：

兹授权\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_（身份证复印件附后），电话：\_\_\_\_\_为我方委托代理人，负责本企业此次在贵院的新药资料申报工作。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。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被委托人签署的所有文件（在授权有效期内签署的）不因授权的撤销而失效。

有效期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

配送企业名称：

委托人（签章）：

被委托人签章：

签署日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

（被委托人身份证复印件正、反面）

