附件7：

**药品配送授权委托书**

**中江县人民医院：**

兹委托授权 就我公司生产的以下产品，向贵院进行产品申报、提供资质以及药品配送服务等相关事宜。我公司承诺按《关于在四川省公立医疗机构药品采购中推行“两票制”实施方案（试行）》文件要求向 直接发货，并提供符合规定的全流程发票。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品通用名 | 商品名 | 剂型 | 规格 | 备注 |
|  |  |  |  |  |

公司承诺以上产品均符合国家有关质量标准，并具有充足的产能以确保供应。

授权期限： 年 月 日- 年 月 日

特此授权！

生产企业： （公章） 委托配送企业： （公章）

法 人 章： 法 人 章：

日 期： 年 月 日 日 期： 年 月 日