附件2

包头市药品和医用耗材配送企业

申（投）诉业务受理表

受理编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 办理业务类型 | | | | | | 申诉业务□ 投诉业务□ | | | | | | | |
| 办理项目 | | | | | | 药品□ 医用耗材□ | | | | | | | |
| 企业名称 | | | |  | | | | | | | | | |
| 被授权人 | | | |  | | | | 联系电话 | | | |  | |
| 申（投）诉情况简要说明：        单位领导（签字）  单位公章 | | | | | | | | | | | | | |
| 佐证材料 | | 共 页（加盖企业公章，附在本表后面） | | | | | | | | | | | |
| 提交时间 | | 年 月 日 | | | | | 递交人签字 | | |  | | | |
| 市医药采购服务中心 | 受理科室 | | | |  | | 接收人 | |  | | 接收时间 | |  |
| 核实结果和处理意见 | | 负责人（签字）：  单位盖章 | | | | | | | | | | |