附件：

**澄清材料要求及模板**

递交材料包括，业务受理表、法定代表人授权书、澄清药品汇总表、澄清说明和相关佐证资料，澄清药品汇总表、澄清说明自拟，澄清药品汇总表中明确填写澄清药品信息及澄清类别，上述资料需逐页加盖企业公章。

 内蒙古自治区药品器械集中采购业务受理表

受理编号： 分类编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 药品 □ 耗材 □  | 业务申请□ 投诉建议□ 情况说明□ 资料补充□ |
| 单位用户名 |  | 被授权人 |  | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  |
| 注册地址 |  |
| 申请主题 | 本 单 位□ | 企业信息□ 产品信息□ 价格信息□ 其 他□ |
| 其他单位□名称 | 企业信息□ 产品信息□价格信息□ 其 他□ |
| 简要说明：  |
| 附件：  |
| 提交时间 | 年 月 日 | 递交人签字 |  | 共 页 |
| 拟办意见 |  | 受理人签字 |  |
| 中心处理 | 受理科室 |  | 接收人 |  | 接收时间 |  |
| 核实结果和处理意见 |  |
| 领导小组管理部门审核意见 | 材料转办部门 |  | 接收人 |  |
| 处理意见 |  |
| 医药采购中心办理 | 材料转回时间 |  | 接收人 |  |
| 处理结果 | 负责人（签字）： |

1.此表适用于内蒙古药械集中采购平台用户申请业务办理需要；2.此表作为药械集中采购工作中各单位办理业务重要依据，由申请人填写，加盖鲜红公章后附相关证明文件由被授权人递交；3.医药采购中心根据业务办理流程及时处理并统一网上答复。

法定代表人授权书

内蒙古自治区医药采购中心：

本授权书声明：注册于（企业地址）的（企业名称）（法定代表人的姓名）代表本企业授权我单位（被授权人的姓名、身份证号）为企业的唯一合法代理人，参与挂网药品价格澄清项目，以本企业名义处理一切与之有关的事务。

并承诺：

被授权人参与挂网药品价格澄清项目的所有行为均代表我企业，被授权人造成的一切后果，均由我企业承担。

本授权书于年月日签字生效，特此声明。

法定代表人签字（盖章）： 联系电话：

被授权人签字（盖章）： 联系电话:

被授权人

居民身份证

正面

复印件粘贴处

法人

居民身份证

正面

复印件粘贴

被授权人

居民身份证

背面

复印件粘贴处

法人

居民身份证

背面

复印件粘贴

注：身份证粘贴处要加盖企业公章