附件：

配送关系变更申请书

内蒙古自治区药械集中采购服务中心：

我单位与 企业于 年 月 日签定配送协议，但由于

 原因，不再履行原合同周期供货协议，现申请变更配送关系，同时将配送关系变更为 （单位名称），具体变更见下表。

药品配送变更表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品编码 | 通用名 | 剂型 | 规格 | 单位 | 挂网价格 | 原配送商 | 新配送商 | 变更地区 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

申请单位名称（盖章）：

负责人签字：

 年 月 日