通辽市药械采购中心药品、医用耗材业务受理表

受理编号：

|  |
| --- |
| 配送企业填写 |
| 药品□ 医用耗材□ |
| 生产企业名称 |  |
| 法人 |  | 被授权人 |  | 联系电话 |  |
| 配送企业名称 |  |
| 法人 |  | 被授权人 |  | 联系电话 |  |
| 提交时间 | 年 月 日 | 共 页 |
| 通辽市药械采购中心填写 |
| 接收时间 | 年 月 日 | 接收人 |  |
| 业务办理结果 |  |