**医疗机构配送企业变更申请表**

受理编号**：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请委托人情况 | 姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 申请单位理由 | 医疗机构（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 原配送企业意见 | 企业（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 变更后配送企业意见 | 企业（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 盟市药采管理机构意见 | 核实人（签字）： | | | | | |
| 药品集中采购管理部门审核意见 | 核实人（签字）： | | | | | |
| 药品集中采购管理部门处理意见 | 经办人（签字）： | | | | | |

注：本表由申报单位填写，并附医疗机构办理单位委托书及身份证复印件。