**变 更 申 请 表**

内蒙古自治区药械集中采购服务中心：

由于原配送企业（名称）为 在

区域未如期配送。现申请变更配送关系，变更后配送企业（名称）为 （配送协议附后）。

变更理由：

|  |  |
| --- | --- |
| 原配送企业 | 企业（盖章）  201 年 月 日 |
| 变更后配送企业意见 |  |
| 盟市药采管理机构意见 |  |
| 药品集中采购管理部门审核意见 |  |
| 备注 | 生产和原配送企业均同意做一次不良记录 |

生产企业（医疗机构）名称（盖章）：

委托人签字： 联系电话：

年 月 日