附件2：

|  |
| --- |
| **内蒙古自治区医用耗材阳光采购****补充报名申请表** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 企业名称 | （加盖企业公章）  | 企业用户名 | 　 |
| 被授权人姓名 | 　 | 联系电话 | 　 | 企业联系 电 话 | 　 |
| 被授权人身份证号 | 　 | 申请材料 页 数 | 共 页 |
| 申诉事项 |  |
| 企业用户名 | 企业名称 | 企业审核不通过原因 |
|  |  |  |
| 产品编号 | 通用名 | 剂型 | 规格 | 产品审核不通过原因 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 工商局 审核意见 | 审核人签字： |
| 食药局 审核意见 | 审核人签字： |
| 药采中心 意 见 | 签字： |
| **注：**1.本表申请事项均有申请企业自行填写，针对审核不通过原因提供有效文件资料；资料逐页加盖企业公章。 |
| 2.本表请各企业自行填写打印后，由申请企业被授权人当面递交到内蒙古药品集中采购服务中心。 |