附件2

委托申明

犍为县人民医院：

兹委托 ，身份证号 ，电话 ，负责本企业此次新耗材申报工作，本企业没有安排其他人员负责本次申报，若有不实，被取消申报资格，本企业愿意承担由此导致的一切后果。

特此申明！

附：具体申报品种信息（耗材名称、规格）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 耗材名称 | 规格 | 备注 |
|  |  |  |

企业名称：

鲜章：

年 月 日