**附件8药品配送企业法人授权委托书**

**药品配送企业法人授权委托书**

**崇州市人民医院**：

兹授权 ，身份证号： （身份证复印件附后），电话： 为我方委托代理人，负责本企业此次在贵院的新药资料申报工作。本企业没有安排其他人员负责本次工作，若有不实，被取消资格，本企业愿意承担由此导致的一切后果。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被委托人签署的所有文件（在授权有效期内签署的）不因授权的撤销而失效。

有效期：   年  月  日 至   年  月  日

 配送企业名称：

委托人（签章）：

被委托人签章：

签署日期：   年  月   日

|  |
| --- |
| （被委托人身份证复印件正、反面） |