附件7

厂家授权委托书

**德阳市罗江区人民医院：**

兹授权 （身份证号 ，电话 ）为我方代理人，委托其负责本企业下述产品的新药资料递交等工作，具体委托产品信息如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **药品通用名** | **商品名** | **剂型** | **规格包装** |
|  |  |  |  |
| 如出现空行请删除！ |  |  |  |

本企业郑重申明：表格中所列产品代理人唯一，未安排其他人员负责相同产品申报。若有不实，自愿被取消资格，本企业愿意承担由此导致的一切后果。

特此申明！

附：被委托人身份证复印件

**委托方 被委托方**

**法定代表人签字： 被委托人签字：**

**企业名称（公章）： 联系电话：**

年 月 日 年 月 日