**深圳市公立医院药品集团采购配送关系调整申请表**

 日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称**（公章） |   |
| 联系地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯方式 | 联系人 | 电话 | 手机 | 传真 | 邮编 |
|  |  |  |  |  |
| **调整申请（**简要说明需要调整配送关系的产品信息及调整原因**）：** |

说明:企业需将此表电子版（word格式）随同加盖鲜章的扫描件（PDF格式）一起发至集团采购组织邮箱： quanyaowang@126.com。