附件

深圳药品交易平台意见反馈表

 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** |
|  |  |  |  |  |
| **反馈意见**： |
| **注：如不够填写，可自行附页** |