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** | | | | | |