**附件6**

**厂家委托申明**

**广汉市人民医院：**

兹委托 ，身份证号 ，电话

负责本企业此次新药资料递交工作。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。

特此申明！

附：被委托人身份证复印件

**企业名称（公章）**

年 月 日