**附件7：生产企业委托书**

**生产企业委托书**

**成都市公共卫生临床医疗中心：**

兹委托 ，身份证号 ，电话 ，负责本企业此次新药申报工作，本企业没有安排其他人员负责本次新药申报，若有不实，被取消申报资格，本企业愿意承担由此导致的一切后果。

特此申明！

附：具体申报品种信息（药品名称、规格）

 被委托人身份证复印件

 **企业（公章）：**

 **年 月 日**