附件2

**药品授权书**

玉溪市人民医院：

生产企业（进口药品一级代理商）名称： 兹授权 云南省医药玉溪销售有限公司，作为我企业以下药品品规在**玉溪市人民医院**的唯一授权配送企业。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **品名** | **剂型** | **规格** | **批准文号** | **生产企业** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

授权期限为：2021年1月1日至2023年12月31日

我公司承诺该授权真实有效，并保证授权企业配送我公司药品符合相关质量要求以及“两票制”相关要求。

特此授权！

生产企业（进口药品一级代理商）联系人：

联系电话：

生产企业（进口药品一级代理商）名称：（盖章）

日期： 年 月 日