附件6：

**申报资料授权委托书**

**成都第一骨科医院：**

兹授权委托我公司 \_，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ， 负责本公司此次新药申报工作，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！

配送企业法人签字（签章）：

配送企业名称（签章）：

年月日

附：被委托人身份证复印件