附件

安徽省医疗保障局集中采购申投诉登记表

 编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称（加盖公章） |   |
| 受权人姓名 |   | 联系方式 |   |
| 申投诉产品注册证编号 |   |
| 申投诉产品流水号 |   |
| 申投诉事项 |      |
| 申投诉材料清单（材料另附） | 1．2．3．……附件共 页 |