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 | | |