附件2

**汕头市妇幼保健院中药饮片采购意向调研表**

 **日期：**

|  |  |
| --- | --- |
| **采购意向名称****（数量）** | **中药精品饮片** |
| **供货商** |  | **电话****邮箱** |  |
| **资质审查** | **营业执照**有□ 无□ |  |
| **中药饮片经营许可证**证号： | 授权书授权单位：授权期限： |
| **销售记录： 有□ 无□****其他医院成交记录：**(广东省内医院) | 1.医院名称： 2.医院名称： 3.医院名称： 4.医院名称：  |
| **供货商确认** | **签名确认：****（单位公章）** **年 月 日** |