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** | | |