附件1

医药购销领域商业贿赂不良记录报送表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药生产经营企业 | 名 称 |  |
| 组织机构代码 |  |
| 营业地址 |  |
| 法定代表人（负责人） | 姓 名 |  | 职 务 |  |
| 身份证号码 |  |
| 责任人员 | 姓名、职务、身份证号码：1.2.…… |
| 违法、违规事由 |  |
| 判决、处罚决定（附复印件并盖章） | 时间、文号 |  |
| 摘要 |  |
| 报送医疗机构意见 | 填报人： 联系电话： 年 月 日（公章） |
| 县级卫生计生委意见 | 审核人： 联系电话： 年 月 日（公章） |
| 市级卫生计生委意见 | 审核人： 联系电话： 年 月 日（公章） |

注：此表报省医药采购监督管理办公室，联系电话：0551-62672125