**附件5**

药品授权书

彭州市人民医院：

兹委托 公司，负责我公司产品（药品名称、剂型、规格、包装）： 在贵院参加本次比选采购的申报、配送及相关事宜。

委托时间： 至 本公司承诺该品种授权唯一，若重复授权则被取消参加比选资格。

药品生产企业（公章）：

签发时间： 年  月  日