附件2：

**云南省医疗保障局药品和医用耗材招标采购**

**投诉登记表**

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 投诉人 | 企业名称 |  | 通讯地址 |  |
| 被授权人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 被投诉人 | 企业名称 |  | 通讯地址 |  |
| 被授权人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 投诉事项及投诉请求 |  |
| 相关证明材料清单（材料另附） |  |
| 接收人签字 |  | 接收时间 |  |
| 监督人签字 |  | 时间 |  |

被授权人签字：