**附件1**

**吉林省基层药品网采系统电子钥匙补办申请表**

**申请时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **岗位名称** | **补办人姓名** | **联系电话** | **补办人员签名（正楷手写）** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **医疗机构（盖章处）：** | **法人（签章处）：** |
| **邮寄信息** |  |

说明：1、岗位名称：网采经办岗位、网采财务岗位、网采审核岗位。

1. 补办人签名需要使用正楷字体认证书写。

**用户开发票填写信息**

**填写前请详细阅读以下几点：**

**1.本公司默认电子发票，发送到用户预留的电子邮箱中；电子发票为增值税普通发票，3个工作日内开出**

**2.用户填写时内容不全或有疑问，请询问本单位财务人员，以财务报销要求为准**

**3.填写时注意发票信息准确无误，如因填写错误造成的损失由用户自行承担**

|  |
| --- |
| **本公司默认电子发票** |
| **开发票信息** |
| 单位名称： |
| 税号或统一信用代码证号： |
| 地址、电话： |
| 开户行名称： |
| 开户行账号： |
| 邮箱（电子发票必填）： |
| 手机号（电子发票必填）： |