用药单位信息表

填表时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位全称 |  |
| 收货地址 |  |
| 邮政编码 |  |
| 经办人姓名 |  |
| 经办人手机号 |  |
| 专用发票信息 |  |
| 抬头 |  |
| 税号 |  |
| 开户行 |  |
| 账号 |  |
| 地址（发票） |  |
| 电话（发票） |  |
| 经办人身份证复印件： | |

**说明：请在“单位全称”处，加盖单位公章。**