附件

2024年度医药集中采购义务监督员信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 | |  | 照片 |
| 政 治  面 貌 |  | 身份证号码 |  | 联系电话 | |  |
| 工作单位 |  | | | 职务  （职称） | |  |
| 担任社会职务情况 | |  | | | | | |
| 有何专长 | |  | | | | | |
| 最高学历/学位 |  | | 毕业院校  及专业 | |  | | |
| 简  历 |  | | | | | | |
| 自荐  说明 |  | | | | | | |
| 个人声明 | 声明：本人非药品和医用耗材研发、生产、经销相关从业人员且无相关从业经历，与医药集中采购工作无利益冲突。  声明人：  声明日期： | | | | | | |