附件2

医疗卫生机构产生的可回收输液瓶（袋）

回收企业申报书

 **申报企业：（盖章）**

**联系人：**

**电话：**

**填报日期：**2025年 月 日

承 诺 书

本公司自愿依规申保医疗卫生机构产生的可回收输液瓶（袋）回收企业。本公司承诺，在申报中所提交的明材料、数据和资料全部真实、合法、有效，复印件与原件内容相一致，并对因材料虚假所引发的一切后果负法律责任。

 申报公司（盖章）：

法定代表人（签字）：

 2025年 月 日

|  |
| --- |
| 企业简介： |
|  |
| 所在区商务主管部门报审意见： |
|  （公章：所在区商务主管部门公章） 2025年 月 日 |