附件2：

**第五批未中选药品梯度降价申诉函**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **被申诉产品信息** | | | |
| 流水号 |  | 通用名 |  |
| 剂型 |  | 规格 |  |
| 包装 |  | 是否过评（参比制剂） |  |
| 投标企业名称 |  | | |
| **申诉信息** | | | |
| 申诉企业名称 |  | | |
| 申诉理由 |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |