附件3

**持有人参与民间医药筛选评价工作声明**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 持有人姓名 |  | 性别 |  |
| 登记证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 工作单位 |  | 行医年限 |  |
| 联系电话 |  | 手机号码 |  |
| 通讯地址、邮编 |  | 电子邮箱 |  |
| 材料送达方式 | □自己送达 □邮寄 □网络 | | | |
| □其他 | | | |
| 送达物品名称 |  | | | |
| 送达物品  数量清单 |  | | | |
| **持有人声明：**  我声明对上述物品拥有所有权和无争议的处置权，如发生争议和纠纷，其后果全部由本人承担。  我已知晓北京民间中医药筛选评价工作的有关规定，同意由北京市中医药特色技术和方药筛选评价中心按照相关规定对上述物品进行研究、处理。  持有人签字：  时间： 年 月 日 | | | | |