**附件7**

**公司退换货时间期限承诺书**

致：（赣州市妇幼保健院）

为响应贵院方配方颗粒供货企业遴选工作，下述签字人对以下售后退换货时间期限承诺声明。

承诺\_\_\_个工作日内退换药处理完毕

 企业公司代表签字或签章:

 企业公司签章:

日 期: