**项目名称：上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心海南医院医用耗材调研项目**

**项目编号：**

**医用耗材调研表**

**公司名称(加盖印章):**

**联系人：**

**联系方式：**

**邮箱：**

**1、上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心海南医院本项目挂网页面截图打印件（标明报名项目）**

**2、生厂商资质**

**3、代理商资质**

**4、厂家代理授权书**

**5、业务人员授权书（需有法人及业务人员身份证复印件）**

**6、产品注册证（仅针对医疗设备与耗材）**

**7、产品介绍**

**上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心海南医院 医用耗材询价表**

**报名供应商全称（盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号**  **（与调研需** **求表中序号**  **一致）** | **产品名称** **（与调研需**  **求表中名称** **一致）** | **产品**  **规格型号** | **产品注册证**  **名称**  **（与注册证** **严格一致）** | **注册证号**  **（医疗器械**  **填注册证**  **号，消毒产**  **品填消字**  **号，不涉及** **填“/** **”）** | **生产厂家** **全称** | **是否挂网** | **挂网** **流水号** | **挂网价**  **（挂网产品填，如涉**  **及多个规格型号多个**  **报价，请填写价格范**  **围)（填写价需填写**  **可量化最小单位价**  **格，如10/ml、5/支**  **等）** | **采购价**  **（非挂网产品填写，** **如涉及多个规格型号** **多个报价，请填写价** **格范围）填写价需填** **写可量化最小单位价** **格，如10/ml、5/支等）** | **非挂网产品需提供三家省内/三亚市内同级医院**  **产品市场情况（并提供近三年内有效的发票复印** **件进行证明）** | | | | | | **国家医保** **编码** |
| **医院一** | **价格** | **医院二** | **价格** | **医院三** | **价格** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注： 1.本报名的医用耗材需省平台线上采购 ，供应商负责协调生产厂家网签 。**

**2.若不能官方指定平台线上采购 ，请在询价表上明确说明 。**

**3.如不属于医疗器械 ，要在询价表上作书面说明 。**

**报名联系人 ： 联系电话： 报名时间：**

**提供三家省内/三亚市内同级医院产品市场情况（并提供近三年内有效的发票复印件）**