**项目名称：三亚崖州湾科技城医院医用耗材调研及遴选项目**

**项目编号： syyzwkjcyy-yyhc-2025001**

**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、三亚崖州湾科技城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）**

**三亚崖州湾科技城医院医用耗材调研询价表**

**报名供应商全称（盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **三亚崖州湾科技城医院医用耗材询价表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **产品序号（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）** | **报名产品的注册证名称 （与注册证严格一致）** | **报名产品的规格型号** | **报名产品的注册证号（医疗器械填注册证号，消毒产品填消字号，不涉及 填“/ ”）** | **报名产属于“进口/国产”** | **报名产品的生产厂家全称** | **报名产品的国家医保编码** | **报名产品在省采购平台是否挂网，填“是或否”** | **报名产品在省采购平台挂网流水号** | **报名产品是否参与“集中带量采购”或“省际联盟采购”（填写具体带量采购或省际联盟名称）** | **报名产品是否为“集中带量采购”或“省际联盟采购”中选产品** | **省采购平台挂网产品填 （填写价需填写可量化最小单位价格，如10元/ml、5元/支等）** | | **非省采购平台挂网产品填 （填写价需填写可量化最小单位价格，如10元/ml、5元/支等）** | **省采购平台非挂网产品 需提供三家省内/三亚市内同级医院产品市场情况** | | | | | |
| **挂网价** | **拟给本院的采购价** | **拟给本院的采购价** | **医院一** | **价格一** | **医院二** | **价格二** | **医院三** | **价格三** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注： 1.报名的医用耗材若为省采购平台挂网需线上采购的产品 ，报名企业需已完成平台配送关系维护 。**

**报名联系人 ： 联系电话： 报名时间：**

**非省采购平台挂网产品提供三家省内/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）**