鹰潭市公立医疗机构医用耗材申报产品

价格真实性承诺书

鹰潭市医疗保障局:

 （单位名称）郑重承诺：在鹰潭市公立医疗机构医用耗材集中采购中，我单位申报的下列产品（见附表）在本院采购价格及供应情况均真实、有效，如有提供不实的价格信息，自愿接受相关处罚，并依法承担相应责任。

 特此承诺。

单位名称（公章）：

法定代表人（或授权人）（签字）：

日期： 年 月 日

附表

产品列表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 国家医保耗材编码 | 产品名称 | 规格 | 型号 | 包装规格 | 注册证编号 | 采购价格 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |