鹰潭市医用耗材备案采购申请表

申请单位： （盖章） 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 产品ID |  | | |
| 产品名称 |  | 产 地 | 进口（ ）国产（ ） |
| 类 别 | 高值医用耗材（ ） 普通医用耗材（ ） 检验检测试剂（ ） | | |
| 材 质 |  | 规格型号 |  |
| 注册证号 |  | 包装单位 |  |
| 供货价格 |  | 首次采购量及  年计划采购量 | 首次；年度 |
| 生产企业 |  | 联系人及方式 |  |
| 供应企业 |  | 联系人及方式 |  |
| 申请科室 |  | 科室负责人 |  |
| 科室备案申请理由 | 签名： 日期： | | |
| 医疗机构意见：  单位（公章）：  法定代表人（或授权人）（签字）：  日期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 | | | |