**江苏省第二中医院医用耗材调研必填表**

**供应商名称： 授权人： 联系方式：**

**配套使用设备名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号**（按《调研公告》中序号写）** | 产品名称（同注册证名称） | 生产厂家（品牌） | 注册证号 | 规格型号 | 单位 | 单价 | 中标编码 | 医保编码 | 项目收费 |
| 名称 | 收费标准 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商代表确认签字：

**注：1.该表以word格式，与报名资料（pdf格式）一起发到报名邮箱；**

**2.报名多个耗材的合并到一张表格。**