抚州市第一人民医院医用耗材/试剂

申购所需资料

**※**（以下资料均须**加盖公章**，并按顺序装订）**※**

|  |
| --- |
| 第一部分：申购医用耗材/试剂是否配套设备  □ 1、**非专机专用医用耗材**  □ 2、**非专机专用检验试剂**  □ 3**、设备配套使用医用耗材**  **（设备名称： 品牌及型号： ）**  □ 4**、设备配套使用检验试剂**  **（设备名称： 品牌及型号： ）**  第二部分：资料清单  □ 1、**产品报价表**（包括：产品名称、规格/型号、厂家、注册证号及有效期、市场报价及优惠价）  □ 2、**医用耗材/试剂的产品注册证（**有效期至\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**）**  □ 3、**集中招标采购中标价格及27位医保编码**（截图，三份以上）  □ 4、**代理公司销售给其他同级医院发票复印件**  □ 5、**厂家三证**：生产许可证、营业执照、税务登记证  □ 6、**代理公司三证**：经营许可证、营业执照、税务登记证  □ 7、**授权书**：1、厂家给代理公司的授权书(有效期至\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  2、代理公司给业务员的授权书及身份证复印件  □ 8、 **产品彩图或样品**  **以上资料按顺序放置。**  第三部分：补充说明  □ 1、资料清单均加盖公章并用文件夹按顺序装订成册  □ 2、资料电子版整合成1个PDF文件（以“使用科室-厂家-医用耗材名称”命名）发送至jxfzdyyysbk@163.com（发件人邮件： ） |
| **资料收集情况：**  业务员（签名）： 联系电话：  收表人（签名）： 收表日期： |

**填表说明：**相对应资料齐全的在左边□打“√”，如资料不齐或提供虚假资料一概**不收且不通过**，并且医用耗材、试剂资料各**分开一叠**。