附件8：

**深圳市前海蛇口自贸区医院医用耗材审核专用表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目序号**（与清单项目序号一致） |  | **产品名称**（与清单项目名称一致） |  |
| **供应商名称(盖章)** |  | **供应商为几级代理** |  |
| **品 牌**（进口则写明中英文两种） |  | **规格型号** |  |
| **市场价格** |  | **拟供货价** |  |
| **含税进货价** |  | **供应商联系人** |  |
| **公司固定电话** |  | **联系人手机** |  |
| **电子邮箱** |  | **厂家名称** |  |
| **厂家联系人手机** |  | **产地** |  |
| **供应商资质审查** | **营业执照** 证号：有效期： | **医疗器械注册证**证中产品名称：注册证编号(全)：有效期： |
| **医疗器械经营许可证**证号：有效期： | **产品授权书**授权单位：授权期限： |
| **厂家资质审查** | **营业执照** 证号：有效期： | **医疗器械生产许可证**证号：有效期： |
| **是否配套设备** | □**非专机专用医用耗材**□**设备配套使用医用耗材**（设备名称： 品牌及型号： ） |
| **其他资料** | **产品参数：**有□ 无□； **产品彩页**：有□ 无□；**用户名单：**有□ 无□； **成交记录：**有□ 无□； **厂家质量保证书：**有□ 无□； **其他：**  |
| **收费项目名称+价格（同步提供依据文件）** |  |
| **序号** | **耗材、试剂名称** | **规格** | **优惠单价** | **收费情况** |
|  |  |  |  | □耗材可单独收费**（请提供依据）**□耗材不可单独收费，与项目打包收费 |
| **供应商确认** | **本公司承诺提交的资料与上述填写信息真实、有效，如有虚假，本公司承担由此引起的一切责任。****签名确认：****公司名称：（公章）** **年 月 日** |