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** | | | | | |