**江苏省第二中医院医用耗材调研必填表**

**耗材名称 品牌 配套设备**

**供应商 授权人 联系方式**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称  （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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

确认签字：供应商代表

调研人员

日期

**江苏省第二中医院医用试剂调研必填表**

**试剂名称 品牌 配套设备**

**供应商 授权人 联系方式**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（注册证名称） | 生产厂家（品牌） | 注册  证号 | 规格  型号 | 单位 | 单价 | 单人份  价 格 | 中标  编码 | 物价  编码 | 项目收费 | |
| 名称 | 收费标准 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

确认签字：供应商代表

调研人员

日期