附件1

徐州市中心医院新增医用耗材遴选报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目序号 |  | 申请科室 |  | 耗材医保编码  （15 位） |  | | 项目名称 |  |
| 以上信息需与《徐州市中心医院拟新增医用耗材项目汇总》 一致 | | | | | | | | |
| 医疗器械注册证号 | |  | | 产品名称 | |  | | |
| 规格 | |  | | 型号 | |  | | |
| 生产厂家 | |  | | 经销商 | |  | | |
| 中标号 | |  | | 国家医保医用耗材分类编  码（15 位） | |  | | |
| 单位 | |  | | 中标价格 | |  | | |
| 是否可以收费 | | □是 □ 否 | | 医保收费编码 | |  | | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 | |  | | |

注：A4 纸打印，如信息较多可另附明细表。

请规范填写各项信息，因信息填写错误造成报名无效的， 责任自负。

经销方： （盖章）

承诺：我方已知晓并自愿遵守新增医用耗材遴选相关流程及规定， 所提供产品信息真实可靠，并承诺免费提

供样品供院方遴选评审。