**附件一：锦州市医疗机构医用耗材集中采购备案申报审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构名称（盖章）** | |  | | | | |
| **采购数量** | |  | | | | |
| **备案产品** | **产品名称** |  | | | **注册证名称** |  |
| **注册证号** |  | | | **质量层次** | **进口（ ） 国产（ ）** |
| **规格/型号** |  | | | **是否新产品** |  |
| **外来技术辅助** | **需（ ）不需（ ）** | | | **供货报价** |  |
| **生产厂商** |  | | | **联系方式** |  |
| **经销商** |  | | | **联系方式** |  |
| **专机专用检验试剂填报** | **设备名称、型号和采购年月** | | | | |
| **使用科室采购理由：**    **使用科室负责人签字： 年 月 日** | | | | | | |
| **医疗机构医疗器械委员会意见** | | | **盖章 年 月 日** | | | |
| **采购单位主管**  **领导审批意见** | | | **签字: 年 月 日** | | | |
| **县级医用耗材集中采购领导小组办公室审批意见** | | | | **签章：**  **日期： 年 月 日** | | |
|
|
|
|
| **市医用耗材集中采购领导小组办公室审批意见** | | | | **签章：**  **日期： 年 月 日** | | |

备注：本表一式三份，领导小组办公室、医疗机构、平台服务机构各留一份。