**医用耗材遴选报价表**

**（项目编号：\*\*\*）**

项目名称： 纳入集采：□ 是 □ 否 样品：□ 有 □ 无

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 销售商 | 药交ID | 医保编码（20/27） | 医保名称 | 注册证号 | 注册证名称 | 规格 | 型号 | 包装规格 | 最小计量单位 | 最小计量单位单价（元） | 最小销售单位 | 最小销售单位单价（元） | 生产商 | 检查或治疗项目 | 用途/功能 | 样品数量 | 样品退回 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：

1. “样品退回”一栏，填写“√”（需退回）或者“×”（不需退回）。
2. ★“包装规格”一栏填写需按“最小计量单位/最小销售单位，箱体包装规格”格式填写。如：20人份/盒，10盒/箱。1支/盒，5盒/箱。
3. “注册证名称”与“耗材实物名称”应当一致。如有不同，应按“注册证名称/耗材实物名称”格式将两个名称填写。
4. ★参与遴选的产品（属医疗器械注册证管理范围）必须在政府采购平台有备案。尚在办理过程种，不能报名。
5. ★若属于专机专用试剂（或耗材），需提供“使用设备信息”（包含但不限于：设备名称、型号、规格、厂家等信息）

 公司名称：

日期： 年 月 日