

徐州医科大学附属医院新增医用耗材遴选报名表

序号		申请科室		耗材医保编码 (15 位)		项目名称	
以上信息需与《徐州医科大学附属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				经销企业			
中标号				耗材医保编码（27 位）			
单位				单价			
联系人				联系电话			

注：A4 纸正反面打印，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。

经销企业：_____（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，所提供信息真实可靠, 并免费提供样品供院方遴选评审。

