**云南省第一人民医院耗材产品咨询一览表**

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号（填响应公告的序号）** | **公告项目名称** | **响应咨询产品注册证名称** | **规格/型号** | **注册证号** | **注册证效期** | **制造商** | **医保编码（无则填“无”）** | **报价** | **最终报价（谈判现场填写）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **响应产品昆明市三甲医院使用情况（无则填“无”）：**  **服务及补充说明：（供货期等）** | | | | | | | | | |

**公司名称（盖章）： 签字确认以最终报价为准，是否能承诺云南省最低价，是□ 否□。授权业务代表现场签字确认：**

**签字日期（现场签字日期）：2021年 月 日**

**法人签字：**

**联系电话：**