**云南省第一人民医院耗材产品咨询一览表**

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **标段序号（填响应公告的标段序号）** | **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** | **品牌** | **制造商** | **医保编码及对应的诊疗项目名称（无则填“无”）** | **国家医用耗材代码（27位），无则填“无”** | **是否在省集采阳光平台挂网及商品编码（填是或否）** | **报价** | **最终报价（谈判现场填写）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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：**