

医用耗材采购市场调研报名表

公司名称：

代理商联系人及联系方式：

生产厂家联系人及联系方式：

生产厂家	产品名称	注册证名称	注册证号	注册证有效期	规格型号	单位	单价（以最小单位报价）	生产厂家	品牌	国家医保编码 （27位）	在用医院全称(标注医院等级) 需与所提供发票一致	备注
											1、医院全称（级别） 2、医院全称（级别） 3、医院全称（级别）……	

注：同一耗材，如涉及多种规格型号，需逐行填写规格型号及医保编码