|  |
| --- |
| **附件１** |
| **珠海市第五人民医院医用耗材市场调研报名表** |
| **供应商名称： 联系人： 联系电话： 供应商为几级代理： 级** |
| **序号** | **名称** | **注册证号** | **规格型号** | **单位** | **材质（进口/国产）** | **生产企业** | **药交ID** | **药品和医用耗材招采管理系统价格（元/单位）** | **耗材可单独收费（列出医保收费编码）** | **耗材不可单独收费，与项目打包收费** |
| **医保收费编码** | **打包收费价格** | **耗材价格与打包收费占比** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |