**报 价 单**

供应商名称：（加盖公章）

项目名称：

联系人：

联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **产品注册（备**  **案）名称** | **注册证号**  （备案证号） | **规格** | **型号** | **单位** | **品牌** | **生产厂家** | **阳采价格** | **阳采耗材统一编码** | **申报价格** | **在用医院全称** |
|  |  | （必须与注册证的产品名称  完全一致） |  | （必须按注册证的包装规格进行填写，如有其他说明的，规格后加“备注”） |  | （单位必须填写清楚） |  | （必须与注册证的注册人名称一致，注册人名称有中英文的，中英文全部填写） |  |  |  | (标注医院等级、需与所提供发票一致）  1、医院全称（级别） 2、医院全称（级别） 3、医院全称（级别）…… |