|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 |  |  |  |  |
| **阳山县人民医院** | | | | |
| **参加技术论证或谈判项目报名表** | | | | |
| 耗材/试剂名称 | 类别： | | 品牌 |  |
| 单位名称 |  |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | |
| 资质情况： | 有相关复印件打“√”：《授权函》□；  《医疗器械生产许可证》□， 《医疗器械经营许可证》□ ， 《中华人民共和国医疗器械注册证》□，《营业执照》□， 《税务登记证》□，《组织机构代码证》□或（三合一）证件□，包括厂家（加盖公章）□ 近两年三家或以上广东地区二甲或以上医院该产品销售发票□ 补充： | | | |
|  |
|  |
| 签 名(盖章)： |  | 日期： | | |