附件1

**阳山县人民医院**

**项目技术论证及市场调研报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 |  | | 品牌型号 |  |
| 公司名称 |  | |
| 注册证类别 | 第一类医疗器械□ 第二类医疗器械□ 第三类医疗器械□ | | | |
| 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）□；与其它报名单位非控股、非管理关系承诺函 □；经办人在该公司3个月以上缴纳社保证明 □；医用耗材采购交易平台开户或配送资格证明□。  补充： | | | |
| 设备配套耗材 | 无须耗材□ 专机专用型耗材□ 通用型耗材□ | | | |

公司名称（盖章） 日期：