# 报名材料

## 报名登记表

**供应商报名登记表**

**报名时间：** 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **采购规格** | **产品注册名称** | **产品代码** | **采购类型** | **注册证号** | **生产厂家** | **品牌** | **型号规格** | **单位** | **备注（注明规格参数如长度、直径等）** |
| 等离子手术刀头（射频针） | 鼾症/软组织减容术刀头 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 扁桃体及腺样体切除刀头 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 喉部病变精细切割刀头 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1、一个单位报名多个项目可加行；

2、产品代码是指两定机构医疗保障信息平台采购代码（产品ID）；

3、采购类型是指两定机构医疗保障信息平台采购类型，包括中标产品、阳光采购和自行采购等。

供应商全称：

通讯地址：

联系人：

联系手机：

联系邮箱：

## 相关证照

1. 营业执照
2. 医疗器械经营有效证照
3. 医疗器械注册或备案证明
4. 生产厂家生产许可证
5. 生产厂家营业执照
6. 生产厂家对供应商的授权书等

## 初步需求响应表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购需求 | 响应情况 | 偏离情况 | 说明 |
| 1 |  |  |  | （此列填写响应内容的具体页码） |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**注：请对应附件1的采购需求逐条响应**

## 产品图片及说明书

## 相同产品销售业绩

提供近三年来向省内三甲医院供货的所有名单，并附相关销售发票的复印件（未附发票视为无效名单）