**附件一**：

**海宁市中心医院卫生材料遴选调研报名表（2025年第二批）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目序号 | 产品通用名 | 医保医用耗材代码（前7位） | 配送公司名称 | 联系人 | 电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**附件二**：

**销售授权委托书（格式）**

致海宁市中心医院：

兹授权 （姓名+身份证号） 负责本公司代理的 （*产品名称*） 在海宁市中心医院的参加遴选销售活动。

本授权书于 年 月 日签字生效，待此声明。

法定代表人签字：

被授权人签字：

被授权人身份证复印件（正反面加盖公章）：

|  |
| --- |
|  |

**附件三：**

**报价一览表**

**配送商名称（盖公章）： 项目编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目编号** | **产品名称** | **规格型号** | **品牌** | **注册证号** | **医保20位码** | **两定平台 采购类别** | **包装单位** | **价格（元）** |
|  |  | *如价格相同规格无需全部列明* |  |  |  | *如：中标目录1、阳光采购、带量中选等。* |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**授权代表签字：**

\*所有交易均需通过两定平台进行。

**附件四**：

**产品业绩（2023-2024年浙江省三级医院名单）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 发票编号 | 用户名称 | 耗材名称 | 规格型号 | 品牌 | 发票金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：同一家医院至少提供两张发票复印件，且两张发票供货时间跨度需大于3个月。（发票复印件附后）

配送公司盖章：