**云南大学附属医院采购需求调查产品信息一览表**

项目名称：项目采购需求咨询

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **标段序号** | **产品名称** | **产品注册证名称** | **注册证号** | **品牌** | **生产企业** | **规格/型号** | **计价单位** | **单价（元）** | **最终报价****（现场填写）** | **国家医用耗材代码（27位），无则填“无”** | **是否在省集采阳光平台挂网及商品编码（填是或否）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**签字确认以最终报价为准，是否能承诺云南省最低价，是□否□。**

**供应商名称（盖章）：**

**法人或授权签字确认：**

**联系电话：现场签字日期：2023年 月 日**