附件5:

**医疗设备耗材报价表**

公司名称（盖章）： 年 月 日

报价人签名： 报价人联系电话:

医疗设备名称:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材名称 | 规格型号 | 生产厂家 | 单位 | 单价（元） | 每人份使用情况 | 耗材使用期限 | 商品代码  **(挂网耗材必须填写)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：可根据耗材情况增减行 | | | | | | | |  |