|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称**  **（挂网名称）** |  | | |
| **报名联系人** |  | **手机：** | **电子邮箱：** |
| **产品注册证号** | **（可另附页）** | □Ⅰ类 □Ⅱ类 □Ⅲ类  注册证截止日期： 年 月 日 | |
| **厂家名称** |  | □1.营业执照  □2.医疗器械生产许可证  许可证截止日期： 年 月 日 | |
| **供应商名称** |  | □1.营业执照  □2.医疗器械经营许可证  许可证截止日期： 年 月 日  □3.法人授权委托书  □ 年 月 日  □ 本次项目完成 | |
| **制造商授权书** | □ 年 月 日  □ 本次项目完成 | **中标通知书**  **合同复印件**  **产品用户发票**  **（优先提供三甲医院）** | 医院名称：  医院名称：  医院名称： |
| **报名公司名称**  **（公章）** | 制造商授权书 | | |
| **是否为专机专用试剂: □是 □否**  **公司未如实反映专机专用试剂情况，中标资格将被取消且保证金不予退还。**  **报名联系人签字：** | | | |

**附件1**

试剂报名表

**注：报名材料须按以上顺序排列**