**附件：大理州第二人民医院医用耗材报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品注册名称** | **规格型号** | **管路长度** | **生产厂家** | **国家医保目录编码** | **单位** | **单价（元）** | **是否含气囊** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 服务及补充说明： |

公司名称（盖章）：

法定代表人或授权委托人（签字）：

联系电话：

日期：