**附件2**

**医用设备耗材试剂供应商集中推荐日预约登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 预约供应  商基本情况 | 公司名称 |  | 联系电话 |  |
| 公司住址 |  | | |
| 被授权人身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 拟推荐项目名称1 | （可附页） | | 提供样品 | 是□ 否□ |
| 拟推荐项目名称2 |  | | 提供样品 | 是□ 否□ |
| 项目主要涉及科室  （可填多个科室） |  | | | |
| 项目优势情况说明  （200字以内） |  | | | |
| 全国百强医院开展情况（200字以内） |  | | | |

备注：1.全国百强医院名单参考2018年11月复旦大学医院管理研究所发布的2017年度中国医院排行榜（综合）。2.百强医院开展情况需逐一罗列已开展医院的名称，如目前没有百强医院开展拟推荐项目的，则需要在承诺书中承诺如我院采购该项目，该项目及该项目的换代产品将给予我院全国最低价。