**附件3**

医用耗材(试剂)报价清单

(所有内容请务必正确、完整填写，以下表格内容均为必填项。)（投标项目包 X ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序** **号** | **品名** | **规格型号** | **生产厂家** | **注册证号/生****产企业卫生****许可证号** | **医用耗材代** **码(27位)** | **包装** **单位** | **市场情况** | **公司****最终报价****(元)** | **折扣率** |
| **注册名称** | **通用名称** | **重庆药交所产品** **挂网编码** | **重庆药交所产品** **交易参考价** | **重庆同级医院价格** | **近三年全国最低价** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 | XX年XX:XX元 |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 | XX年XX:XX元 |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**配送企业代表签字(盖章):** **联系人及联系方式：** **日期：**

\*本表按照报名表投标项目分别填写。折扣率按照药交平台最低价计算，如未挂网产折扣率按照同级医院最低价计算。项目包最终综合折扣率最低的投标人拟为本项目包中标人。