|  |
| --- |
| **阳山县人民医院** |
| **医疗设备类项目技术论证及市场调研报名表** |
| 设备名称 |  | 品牌 |  | 型号 |  |
| 单位名称 |  | 是否联合体报名 | 是□ 否□ |
| 注册证类别 | 第一类医疗器械□ 第二类医疗器械□ 第三类医疗器械□ |
|  联系人 |  | 联系电话 |  |
| 资质情况： | 有相关复印件打“√”：《授权函》□； 《医疗器械生产许可证》□， 《医疗器械经营许可证》□ 《中华人民共和国医疗器械注册证》□，《营业执照》□，《税务登记证》□，《组织机构代码证》□，或（三合一）证件□，包括厂家（加盖公章）其它资质（自填）： |
|
|
| 设备配套耗材 | 无须耗材□ 专机专用型耗材□ 通用型耗材□  |
| 单位名称（盖章） |  日期： |