附件1

阳山县人民医院

设备器械技术论证及院内采购报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **品牌** | **型号** |
| 1 | 超短波治疗仪 |  | 　 |
| 2 | 中频电疗仪 | 　 | 　 |
| 3 | 抢救车 | 　 | 　 |
| 4 | 防压疮气垫床 | 　 | 　 |
| 5 | 转运平车 | 　 | 　 |
| 6 | 护理车一 | 　 | 　 |
| 7 | 治疗车一 | 　 | 　 |
| 8 | 轮椅 | 　 | 　 |
| 9 | 治疗车二 | 　 | 　 |
| 10 | 护理车二 | 　 | 　 |
| 11 | 啫喱垫 | 　 | 　 |
| 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）□；补充： |
|
|
| 联系人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 单位名称（盖章） |  日期： |