**附件1：咨询响应产品耗材报价清单，一式七份，加盖公章**，单独封装并在封口处加盖公司公章。

报价清单格式要求如下表：

云南省第一人民医院医用耗材咨询报价清单一览表 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号（填响应公告的序号）** | **产品名称** | **响应产品注册证名称** | **注册证号** | **品牌** | **生产企业** | **规格/型号** | **计价单位** | **单价（元）** | **最终报价（现场填写）** | **医保编码及对应的诊疗项目名称（无则填“无”）** | **国家医用耗材代码（27位），无则填“无”** | **是否在省集采阳光平台挂网及商品编码（填是或否）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**公司名称（盖章）：**

**签字确认以最终报价为准，是否能承诺云南省最低价，是□ 否□。 授权业务代表现场签字确认：**

**法人签字： 联系电话： 现场签字日期：2022年 月 日**