|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称****（挂网名称）** |  |
| **报名联系人** |  | **手机：** | **电子邮箱：** |
| **产品注册证号** | **（可另附页）** | □Ⅰ类 □Ⅱ类 □Ⅲ类注册证截止日期： 年 月 日 |
| **厂家名称** |  | □1.营业执照 □2.医疗器械生产许可证许可证截止日期： 年 月 日 |
| **供应商名称** |  | □1.营业执照 □2.医疗器械经营许可证许可证截止日期： 年 月 日□3.法人授权委托书□ 年 月 日□ 本次项目完成 |
| **制造商授权书** | □ 年 月 日□ 本次项目完成 | **中标通知书****合同复印件****产品用户发票****（优先提供三甲医院）** | 医院名称： 医院名称：医院名称： |
| **报名公司名称****（公章）** | 制造商授权书 |
| **是否为专机专用试剂: □是 □否****公司未如实反映专机专用试剂情况，中标资格将被取消且保证金不予退还。****报名联系人签字：** |

**附件1**

试剂报名表

**注：报名材料须按以上顺序排列**