**中 山 大 学 孙 逸 仙 纪 念 医 院**

医用耗材更换配送商申请表

 **申请单编号** (设备科填写)： **申请日期： 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| **耗材名称** |  |
| **注册证号** |  |
| **规格型号** |  |
| **原供应商** |  |
| **新供应商** |  |
| **联系人** |  |  **联系电话** |  |
| **院感办****证照审查** | **证照齐全，审查通过 □** |  **证照不齐，审查不通过 □** **缺乏证照：** |
|  **经办人： 负责人：** | **日期：** |
| **变更原因** |  |
| **耗材名称及****原供货价格****（可附明细表）** |  | **下调价格****（可附明细表）** |  |
| **生产厂家或****总代理公章****法人代表签名** |  | **新供应商公章****法人代表签字** |  |
| **设备科****意见** |  | **负责人：** |
| **日期：** |
| **耗材委员会****备案** |  |

 **备注：1.供应商变更申请理由必须详实充分，理由不充分者不予受理**

 **2.申请单必须同时加盖厂家（或总代理）及新供应商公司公章**

**3.更换代理需提供《授权书》（含公司授权及个人授权）、《公司三证及产品注册证》和《医用耗材最终成交报价单》**

**4.** **医用耗材最终成交报价单下载方式：医院官网→底部科室专题网→设备科→周边下载→《医用耗材最终成交报价单》**