**佛山市高明区人民医院**

**医用耗材遴选报名表**

**参加项目名称：**

**供应商名称： （请盖章确认）**

**供应商地址：**

**联系人：**

**联系电话：**

**联系人邮箱：**

**报名日期：**

**资格性自查：**

1. 广东省医保局医用耗材招采平台的挂网产品 （是□ 否□）
2. 正本是否每页都盖公章 （是□ 否□）
3. 正本是否已盖骑缝公章 （是□ 否□）
4. 各级授权书 （有□ 无□）

**温馨提示：**请把**佛山市高明区人民医院医用耗材遴选报名表**寄到：佛山市高明区康宁路1号区人民医院门诊楼6楼设备科 0757-88823802 梁先生收（寄顺丰快递）。**无须寄出资料的正本与报价单（会议现场提交）。**