**附件1：封面**

盐源县人民医院

耗材生产厂家遴选申报资料

**生产企业名称（盖章）：**

**申报企业名称（盖章）：**

**申报耗材名称：**

**附件2**

盐源县人民医院

耗材生产厂家遴选申报资料目录

1、耗材品种申报目录（附件3）

2．耗材信息表（附件4）

3．耗材生产企业申报授权委托函（附件5）

4．申报企业法人授权委托书（附件6）
5、耗材生产企业营业执照、医疗器械生产许可证、医疗器械生产产品注册证（可为复印件，须清晰并加盖生产企业鲜章；全进口药品提供全国总代理相关资质）。

**附件3**

耗材品种申报目录

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **耗材名称** | **剂型** | **申报了的品种请打√** |
| 1 | 硅酮霜 | 20g/支 |  |
| 2 | 冷敷修复膜 | 20g/支 |  |
| 3 | 医用修复敷料（乳） | 80g/盒 |  |
| 4 | 医用修复敷料（喷雾） | 100ml/盒 |  |
| 5 | 医用修复敷料（凝胶） | 20g/盒 |  |
| 6 | 医用修复敷料（面膜） | 6片/盒 |  |
| 7 | 光子冷凝胶 | 30g/盒 |  |
| 8 | 透明质酸修护生物膜 | 50g/支 |  |
| 9 | 化学换肤术护理包  | 40份/套 |  |

|  |
| --- |
|  |

附件四

耗材申报信息表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **耗材通用名** |  | **商品名** |  |
| **生产厂家** |  | **型号规格** |  |
| **价格** |  | **注册证号(或备案号)** |  |
| **挂网情况** |  | **适用科室** |  |
| **耗材来源** | **国 产 □ 进 口 □** |
| **报销范围** | **医保甲 □ 医保乙 □ 自费 □** |
| **耗材简介** | **例:耗材使用说明、储存运输条件、件包装量及空间占位大小（长×宽×高cm）等** |
| **申报人** |  | **联系电话** |  |
| **邮 箱** |  | **传 真** |  |
| **申报企业盖章** |  **年 月 日** |

备注：若因医保版本更新，医保信息以最新公布版本为准。

**附件五**

耗材生产企业申报授权委托函

**盐源县人民医院：**

兹授权委托 公司

负责在此次贵院拟引入耗材遴选中负责本企业所生产下述 个耗材的申报工作。本企业没有委托其他企业负责本次申报工作，若有不实，被取消资格，本企业愿意承担由此导致的一切后果。

附：委托申报耗材通用名（商品名）

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

**生产企业名称（公章）**

**法定代表人签名（盖章）**

**年 月 日**

**附件六**

盐源县人民医院**：**

兹委托 ，身份证号 ，电话

在此次贵院拟引入耗材遴选中负责本企业下述 个耗材申报工作。本企业没有委托其他人员负责本工作，若有不实，被取消资格，本企业愿意承担由此导致的一切后果。

特此申明！

附：委托申报耗材通用名（商品名）

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_**

附：被委托人身份证复印件

**申报企业名称（公章）**

 **法定代表人签名（盖章）**

**年 月 日**