附件2

|  |
| --- |
| 医疗机构重新分配需求量产品信息表（医疗机构用） |
| 医疗机构全称（加盖公章）： 报送时间：2025年 月 日 |
| 本机构授权省级医用耗材联合采购办公室为本医疗机构集中采购的合法代理人，参与四川省吻合器医用耗材带量联动采购工作，处理一切与之相关的事务。本医疗机构承诺遵守并认可省级医用耗材联合采购办公室为集中采购事宜所作出的相关安排，并承诺如下：一、高度重视四川省吻合器（管型/端端吻合器、痔吻合器）医用耗材带量联动采购和使用工作，指定专人负责。二、在规定时间内，填报本机构相关品种历史采购情况和未来采购需求量，并确保数据真实、准确。三、根据相关要求签订采购协议、执行网上采购、积极使用中选产品、保证采购周期内足量完成协议采购量等。本医疗机构将严格遵守上述承诺，愿意承担相应的责任。 医疗机构书记签字： 院长签字： |
| 序号 | 市州名称（必填） | 医疗机构四川招采子系统账号（必填） | 医疗机构全称（必填） | 品种分类 | 注册备案产品名称 | 注册备案号 | 注册备案人 | 申报企业名称 | 重新分配需求量（必填） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |