附件3

|  |
| --- |
| 医疗机构重新分配需求量产品信息汇总表（市州医保用） |
| 市（州）医疗保障局全称（加盖公章）： 报送时间：2025年 月 日 |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |