**附件一**

**2018年鄂尔多斯市公立医疗机构第五批高值医用耗材、体外诊断试剂配送企业备案表**

旗区或（市直单位名称）： （盖章） 时间： 年 月 日 填表人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **企业名称** | **地址** | **联系人** | **移动电话** | **企业许可证编号** | **配送区域** | | **第五**  **批高**  **值医用耗材** | **体外诊断试剂** |
| **旗 区** | **医疗机构** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：将电子版发送邮箱wjwyc8588395@163.com。（此表由各公立医院填写并由旗区卫计局汇总上报，市直公立医院直接填写并上报）**