附件

广西医疗机构药品备案采购登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位全称（盖章） |  | | |
| 单位法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  | | |
| 备案药品名称 |  | 规格  剂型规格 |  |
| 生产企业 |  | 备案药品单价 |  |
| 年度采购数量 |  | 采购  总金额 |  |
| 备案采购理由 |  | | |
| 申请单位所属  法人单位意见 |  | | |
| 属地  医疗保障局意见 |  | | |

注：本表一式两份，一份由医保部门存档，一份由医疗机构留存并上传自治区药械集中采购平台。