**医用耗材试用项目申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目编号** |  | **项目名称** |  |
| **申请企业** |  | **联系人及电话** |  |
| **产品信息** |
| **产品名称****（注册证名）** |  | **注册证号** |  |
| **品牌型号** |  | **生产厂家** |  |
| **注册适用范围** |  |
| **提供试用数量** |  | **产品销售报价** |  |
| **试用功能/参数符合性自评** | **试用功能/参数要求** | **本产品参数情况** | **自评情况** |
| **1.** |  | 🞎符合要求🞎不符合要求 |
| **2.** |  | 🞎符合要求🞎不符合要求 |
| **3.** |  | 🞎符合要求🞎不符合要求 |
| **产品完整参数** |  |
| **产品配置清单** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

 |
| **企业声明** |
| 本公司郑重承诺：所提交的全部资料及信息真实、准确、完整，不存在任何虚假记载、误导性陈述或重大遗漏。公司名称（公章）：法定代表人或授权代表：日期： 年 月 日 |