**医用试剂议价采购申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请科室 | 皮肤科科 | | 是否在医院既有中标目录：□在、☑不在 | | | | |
| 选购品牌 |  | | | | | | |
| **申请理由：**  **淮北市疾控中心性病艾滋病监测检测单位** | | | | | | | |
| 品名 | | 型号/规格 | | | 单位 | 价格 | 购买数量 |
| **沙眼衣原体抗原检测试剂盒（乳胶免疫层析法）** | | 20T/盒 | | | 盒 | 300元 | 5盒/年 |
| **梅毒螺旋体抗体检测试剂盒（凝集法）** | | **100人份/盒** | | | 盒 | 670元 | 3盒/年 |
| **总金额：** | | | | | | | |
| 皮肤科意见：  **签名：**  **年 月 日** | | | | 药学部意见：  **签名：**  **年 月 日** | | | |
| 医用耗材管理委员会副主任审批意见：  **签名：**  **年 月 日** | | | | 医用耗材管理委员会主任审批意见：  **签名：**  **年 月 日** | | | |