**医用试剂议价采购申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请科室 | 医医学检验科 | | 是否在医院既有中标目录：□在、☑不在 | | | | |
| 选购品牌 |  | | | | | | |
| **申请理由：**  **临床急需开展项目** | | | | | | | |
| 品名 | | 型号/规格 | | | 单位 | 价格 | 购买数量 |
| **结核分枝杆菌特异性细胞免疫反应检测试剂盒（磁微粒化学发光法）** | | 28人份/盒 | | | 盒 | 5320 | 9 |
| **总金额：**47880 | | | | | | | |
| 检验科意见：  **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** | | | |