附件1

省级集中采购医疗机构信息表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构  全称 |  | | | | |
| 统一社会  信用代码 |  | | 法定  代表人 |  | |
| 医院等级 |  | 开放床位 |  | | |
| 联系人 |  | 科室  及职务 |  | 手机 |  |
| 办公电话  及传真 |  | 电子邮箱 |  | | |
| 详细地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 截至2024年 月单位财务收支结余金额 | | | 万元(附银行账户结余资金证明) | | |
| 我单位保证相关证明材料和信息真实、齐全、有效；资金来源为非财政预算安排资金，足额到位。  法定代表人签名: 单位公章： 年 月 日 | | | | | |

注：1．医疗机构联系人为集中采购工作的固定联系人，请务必保持通讯畅通。

2．附件及证明材料是你院参加集中采购必须提供的要件之一，请按要求准备齐全，每页盖章有效。