附件2

省级集中采购设备登记表

采购单位名称(盖章): 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **配置许可设备名** | **数量（台/套）** | **乙类大型医用设备配置许可证号**  **（附许可证复印件）** | **是否进口产品** | **采购预算（万元）** | **同类已有设备情况** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

注：1．“许可证号”按已获得的配置许可证填写；“是否进口产品”按《关于规范公立医疗机构政府采购进口产品有关事项的通

知》（皖财购〔2022〕365号）要求填写，并提供进口产品采购审批通过证明材料（如：徽采云系统截图）。

2．在“同类已有设备情况”栏简要填写本采购单位目前在用的同类医用设备信息，包括：型号、数量、厂家、购置时间。