**医疗设备收费确认表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 |  | 收费代码、项目名称 |  |
| 设备注册证编号 |  |
| 相关耗材名称，成本价格、收费标准 |  | 设备收费金额 |  |
| 是否入医保 |  |
| 相关耗材注册证编号 |  | 收费相关文件 |  |
| 周边医院收费情况 |  | | |
| 供应商公司名称 |  | 供应商授权代表、联系方式 |  |
| 物价部门审核意见 | 签字：  日期： | | |
| 医保部门审核意见 | 签字：  日期： | | |
| 财务部门审核意见 | 签字：  日期： | | |
| 备注 |  | | |

填表说明：1、本表格适用于玉环市第二人民医院医疗设备采购前期调研工作，相关供应商应如实填写表格内容，若出现虚假情况，我院有权将该供应商列入我院采购黑名单。

2、“相关耗材名称，成本价格、收费标准”这一栏供应商需将与设备配套的专用、开放耗材、易耗品名称、提供给我院的最低供货价列出，同时提供相应的收费标准，内容较多的可以提供附页放在表格后面。

3、“设备收费金额”指的是该设备使用所产生的收费（不含耗材收费），“是否入医保”填是或否，“收费代码、项目名称”根据浙江省收费标准目录填写，“收费相关文件”在浙江省收费标准中没有的情况下是否有对应的相关文件支持，请提供该文件名称及文件号。“周边医院收费情况”是指台州市内医院及省内上级医院的收费情况，提供医院名称。

4、以上表格内容若无法填写的直接用“／”划掉，并在备注栏中说明，涉及收费的内容要求我院门诊收费部门及相关职能科室确认。