附件5：

安康市医疗机构限价挂网药品品种报价表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品编号 | 通用名 | | 剂型 | 规格 | 生产企业 | 限价 | 本次安康市（县、市区）药品报价(元) |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| 报价理由  （不超过100字） | |  | | | | | |

备注：1、按该产品说明书用量填报。 2、请厂家前来议价时携带产品及说明书。3、填表时议价药品标明是限价挂网药品

法定委托人签字确认： 生产企业（公章）