

附件 2

中国（重庆）自由贸易试验区社会办医 配置乙类大型医用设备备案申请表

一、医疗机构基本信息			
医疗机构全称		法定代表人	
所有制形式		统一社会信用代码	
执业地址			
评审等级		医疗机构类别	
核定/开放床位数		上一年门急诊人数	
上一年住院人数		上一年手术量	
上一年肿瘤病人 收治数		上一年放射治疗患者 收治数	
医疗安全情况			
二、配置设备信息			
设备名称		阶梯类型	<input type="checkbox"/> 临床实用型 <input type="checkbox"/> 临床科研型 <input type="checkbox"/> 科学研究型 <input type="checkbox"/> 无
具体型号		产品序列号	
生产厂家		生产国别	
采购金额	人民币	合同签订日期	年 月 日
出厂时间	年 月	装机日期	年 月
设备安装位置（具体到科室、机房）			
自评是否满足《重庆市乙类大型医用设备配置准入标准》要求	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
三、医疗机构签章			
本人承诺所有提供材料均真实、准确、有效。如有虚假材料，愿承担一切法律责任与后果。			
法定代表人签名		盖章 年 月 日	
联系人：		电话：	手机：