赤峰市医院医学装备购置申请审批表

（此表用于申请采购50万元以下医疗设备）

申请科室：（必填） 填报日期: （必填）

申请人：（必填） 联系电话：（必填）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | （必填） | 推荐品牌型号 | （必填） |
| 所需数量 | （必填） | （必填） |
| 预估总价格 | （必填） | （必填） |
| 申请类型 | 新增 □ 更新 □ | 申请计划 | 年初计划 □非年初计划 □ |
| 设备购置目的 | 业务拓展需要 □ 新技术开发需要□ 技术更新需要□ 基础医疗安全需要□ 经济效益需要 □ 学科建设需要□ （必填）科研教学需要 □ 政策性项目 □ 其它 □  |
| 申购理由 | （“设备购置目的”中一项或几项详细说明）（必填） |
| 申请论证 | 新技术新业务名称（如涉及）： |
| 设备使用场所：现有场所满足 □ 需新增或更新场所 □ |
| 技术力量：现有人员满足 □ 需新增人员或培训人员 □ |
| 是否医保项目： |
| 经费来源： |
| 经济效益 | 收费项目名称 | （必填） | 月折旧 | （按60个月或72个月折旧） |
| 正常使用年限（年） | （必填） | 预计年工作量（人次） | （必填） |
| 年均卫生材料支出（万元） | （必填） | 年均维保支出（万元） | （必填） |
| 预计年收入（万元） | （必填） | 投资回收期（年） | （必填） |
| 备注 | $$投资回收期=\frac{申请单价}{预期年收入−年均维保支出−年均卫生材料支出}$$ |
| 耗材使用情况 | （如是否只能使用原厂耗材、耗材价格等）（必填） |
| 科室小组意见 | 小组人员签字：（五人以上单数手签） |
| 科主任意见 | （填写意见同意/不同意）科主任签字: （手签） 日期: |
| 学科中心主任意见（若无学科中心可不签） | （填写意见同意/不同意）科主任签字: （手签） 日期: |
| 运营管理部意见 | （填写意见同意/不同意）签章 ： （手签） 日期 ：  |
| 业务主管院长意见 | （填写意见同意/不同意）签章 ： （手签） 日期 ：  |
| 设备分管院长意见 | 签章 ： 日期 ：  |
| 院长意见 | 签章： 日期 ：  |

**注：如页面不足，请另附纸张。**