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 |  | | | | | |
| 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。**