

報價日期：

藥品名稱		成份名稱			
廠 牌		經銷商名稱			
		報價聯絡人			
		聯絡電話		傳真	
劑型含量		包裝規格			
健保代碼		健保核價			
自費藥品建議末端售價 <small>(請列舉同等級醫院~醫學中心之自費價)</small>		發票單價			
報價(淨單價)/單位		最小採購量			
退換貨期限	效期前 <input type="checkbox"/> 3個月 <input type="checkbox"/> 6個月 <input type="checkbox"/> 12個月 <input type="checkbox"/> 18個月 <input type="checkbox"/> 過期再退換貨 <input type="checkbox"/> 其他_____				
退換貨與否	<input checked="" type="checkbox"/> 可退貨 <input checked="" type="checkbox"/> 可換貨 (此為預設勾選，若無，請自行修正！)				
目前貨源	<input type="checkbox"/> 供貨穩定 <input type="checkbox"/> 其他_____				
目前已採用醫院 <small>(請自醫學中心列起)</small>					
用途說明 <small>(適應症)</small>					
檢驗項目	服(使)用此藥，是否需於用藥前/後加做檢驗項目？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，相關檢驗名稱 _____				
應附附件	<p>【1】藥品許可證</p> <p>【2】仿單/內外包裝照片(彩色+尺規)</p> <p>【3】供應商基本資料： A.營利事業登記證 B.藥商執照 C.非原廠請附授權書 D.健保相關資料含健保價價</p> <p>【4】目前使用醫院近3個月內交易發票影本(需與上述『目前採用醫院』相同)</p>				
備註	<p>1.目前使用醫院需確實填寫，如有詐欺行為，填表人及供應商應負法律責任。</p> <p>2.議價引進後，若有缺貨/停產未於14日內"自行"書面通知，至影響到貨狀況，此不計影響天數，直接罰(扣)款壹萬元，情節嚴重者，一年內其公司產品不得提新增。</p> <p>3.請於空白處蓋公司章，並回傳至光田綜合醫院 藥品採購吳小姐。</p> <p style="text-align: right;">光田醫院 採購 吳小姐 電話：04-26625111轉2041 傳真：04-26657977 MAIL：purchasing3@ktgh.com.tw</p>				

公司報價章用印處