



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 (請列舉同等級醫院~醫學中心之自費價)		發票單價			
報價(淨單價)/單位		最小採購量			
退換貨期限	效期前 ☐ 3個月 ☐ 6個月 ☐ 12個月 ☐ 18個月 ☐ 過期再退換貨 ☐ 其他_____				
退換貨與否	☒ 可退貨 ☒ 可換貨 (此為預設勾選，若無，請自行修正！)				
目前貨源	☐ 供貨穩定 ☐ 其他_____				
目前已採用醫院 (請自醫學中心列起)					
用途說明 (適應症)					
檢驗項目	服(使)用此藥，是否需於用藥前/後加做檢驗項目？ ☐ 否 ☐ 是，相關檢驗名稱 _____				
應附附件	【1】藥品許可證 【2】仿單/內外包裝照片(彩色+尺規) 【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 【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)				
備註	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。 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。 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。 光田醫院 向上院區B棟12F採購課 吳小姐 電話：04-26625111轉5221 傳真：04-26657977 MAIL：purchasing3@ktgh.com.tw				

公司報價章用印處