附件1

医药机构招采子系统应用检查工作单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构基础信息** | 机构名称（按照  公章名称） |  | | |
| 机构名称（单位  法人证件名称） |  | | |
| 统一社会信用  代码 |  | | |
| 国家医保机构  编码 |  | | |
| 机构性质 | □公立 □参照公立管理  □社会办 | 是否基层 | □是 □否 |
| **院内采购目录迁移情况** | 院内产品目录  是否一致 | □是 □否 | 医院采购价格是否准确 | □是 □否 |
| 主配送企业  是否一致 | □是 □否 | | |
| 院内采购目录信息如不一致，是否已修正 | □是 □否 | | |
| **招采子系统启用情况** | 公服入口登录  是否完成 | □是 □否 | 业务账号新增是否完成 | □是 □否 |
| 权限设置  是否完成 | □是 □否 | 收货地址、开票信息是否正确 | □是 □否 |
| 是否独立下单 | □是 □否 | | |
| **单位意见** | 医疗机构（盖章）：  日 期： 年 月 日 | | | |
|
|
|
|
|