

附件 2

医疗机构药品（医用耗材）阳光采购监测表

医疗机构：（盖章）_____

数据时间区间：__年__月__日至__年__月__日

填报时间：__年__月__日

序号	医疗机构		药品（万元）			医用耗材（万元）		
	名称	省平台账号	院内采购金额	其中		院内采购金额	其中	
				省平台采购金额	应急采购金额		省平台采购金额	应急采购金额
1	2	3	4	5	6	7	8	
1								
2								
3								
4								
5								

填表人：

联系电话：