

附件 3 丽水市公立医疗机构药品采购共同体价格谈判药品（第一批）报价单

序号	企业排名	通用名	商品名	剂型	规格	转换比	包装单位	包装材料	质量层次 (或定价类别)	2014 年中 标价 格	联动 (采 购)价 (元)	最高医 保支付 标准 (元)	省内最低 价(注明试 点城市或 试点医院) (元)	本次谈 判价格 (元)	本次降 幅

生产企业名称（盖章）：

法定代表人签字或盖章：

被授权人签字及联系电话：

出具日期：_____年____月____日

- 注： 1、序号为《2017 年丽水市公立医院药品采购共同体价格谈判药品清单（第一批）》中对应的序号；
- 3、同一厂家同一通用名，同一剂型规格，不同转换比的品种，所报价扣率必须一致，必须注明常用转换比；
- 4、本次降幅计算方法为：（最高医保支付价-本次谈判价格）/最高医保支付价*100%；
- 5、价格保留小数点后两位；

6、多个药品报价可增加行。