附件3

2023年杭州市生物医药产业高质量发展

专项资金申请表

（支持创新优质药械应用项目）

申报单位（公章）： 时间： 年 月 日 单位：万元

|  |
| --- |
| 一、申报单位基本情况 |
| 申报单位名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 办公地址 |  | 税务属地（区县市） |  |
| 法定代表人 |  | 法定代表人电话 |  |
| 项目联系人 |  | 项目联系人电话 |  |
| 二、申报单位主要经济指标 |
| 年份 | 营业收入 | 利润 | 税收 |
| 2020年 |  |  |  |
| 2021年 |  |  |  |
| 2022年 |  |  |  |
| 三、项目基本情况 |
| 项目名称 |  |
| 申报类型 |  □首台（套） □创新优质杭产药械  |
| 申报周期内采购首台套产品金额合计 |  | 申报周期内实际使用创新优质杭产药械产品金额合计 |  |
| 采购产品明细（可另附页） | 产品名称 | 单价 | 数量 | 金额 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申报单位申明 | 上述申报产品中，同一个产品申报未重复计算；纳入医院集采用量部分未计入申报产品范围。 申报单位（公章） |
| 项目获得政府资金补助情况 | （该项目曾获得国家、省、市、区各级政府部门资金补助情况） |
| 四、审核意见 |
| 区、县（市）经信部门（公章）： 年 月 日 | 区、县（市）卫健部门（公章）： 年 月 日 |
| 市卫健部门（公章）： 年 月 日 |  |