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 | | | |  | | | | |