附件4

2023年杭州市生物医药产业支持创新优质药械应用项目汇总表

区、县(市)经信部门（盖章）： 区、县(市)卫健部门（盖章）： 市卫健委（盖章）：

填报人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医疗机构名称 | 申报周期内采购首台套产品合计金额（万元） | 申报周期内实际使用  创新优质杭产药械  合计金额（万元） | 医疗机构  联系人 | 联系方式 | 申报类型 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

附：医疗机构采购首台套，使用创新优质杭产药械数量金额明细清单