封闭耗材（试剂）用量测算表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| 项目名称 | 自体血回输机 | | 采购计划编号 | | / | | |
| 封闭耗材（试剂）  描述 | *耗材与设备为同一品牌* | | | | | | |
| 序号 | 耗材（开展项目）名称 | 预估2年用量 | | 计量单位 | | 最高限价（万元） | 备注 |
|  | 自体血回输机装置 | **80** | | **套** | | **12** |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
| 注：1.封闭耗材（试剂）需填写此表，开放耗材（试剂）无需填写；  2.如为耗材，需求部门必须提供耗材规格，如为试剂应填写开展项目名称，无需填写规格；  3.预估2年用量为开展业务所需耗材（开展项目）的测算量，与设备购置数量无关；  4.计量单位为最小使用单位；  5.最高限价为采购单位预估2年用量与意向品牌平均单价的乘积。 | | | | | | | |