## 医用耗材遴选承诺书

（版本20250811）

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： | |
| 项目编号： | |
| 公司全称： | |
| 联 系 人： | 联系电话： |
| **产品价格明细**  （请注明产品名称、生产企业、型号、规格、单价） | |
| **承诺事项**  （本人/本单位承诺上述内容真实有效，严格遵守并履行医院相关规定，若存在虚假陈述或违约行为，自愿承担相应法律责任。）  供应商签名：  日期： | |