



衛生署
醫療器械科

醫療器械行政管理制度
被醫院管理局採購的醫療器械補充資料表

| 本地負責人的詳細資料 | | |
|------------|-------|--|
| 本地負責人名稱: | 以英文填寫 | |
| | 以中文填寫 | |
| 地址: | 以英文填寫 | |
| | 以中文填寫 | |
| 聯絡資料: | 電話: | |
| | 電郵: | |

| 器械的詳細資料 | |
|----------------------------|----|
| 表列申請編號: | AN |
| 器械名稱: | |
| 製造商: | |
| 型號 ¹ : | |
| ¹ 可於表列申請中尋找相關型號 | |

| 被醫院管理局採購醫療器械的資料 | | |
|--------------------------|--------|--------------------|
| 上述器械於過去 12 個月內曾被醫院管理局採購: | | |
| 醫院管理局購貨訂單編號 ¹ | 購貨訂單日期 | 供應商名稱 ² |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

¹ 醫院管理局購貨訂單(Purchase Order)編號由 10 個數字組成

² 如本地負責人沒有直接參與投標，請填寫向醫院管理局供應器械的公司（例如其代理、授權經銷商）之全名，否則請留空

| 被醫院管理局採購醫療器械的資料 [接第 1 頁] | | | |
|--------------------------|--------|--------------------|---|
| 醫院管理局購貨訂單編號 ¹ | 購貨訂單日期 | 供應商名稱 ² | <div style="background-color: black; width: 50px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> 額外 頁數 ³ |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¹ 醫院管理局購貨訂單(Purchase Order)編號由 10 個數字組成

² 如本地負責人沒有直接參與投標，請填寫向醫院管理局供應器械的公司（例如其代理、授權經銷商）之全名，否則請留空

³ 如有需要，請另行附上表格並註明額外頁數

在提交此補充資料表的同時，我們謹此同意：

- (1) 香港特別行政區政府可將此補充資料表內的資料與醫院管理局分享;
- (2) 香港特別行政區政府在處理相關醫療器械表列申請時可向醫院管理局索取進一步資料; 與
- (3) 香港特別行政區政府可向醫院管理局透露此補充資料表中醫療器械的表列狀況

姓名: _____

職位: _____

聯絡電話: _____

申請人(本地負責人): _____

日期: _____