**中山大学附属第六医院**

**医疗器械使用管理供应商考核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 |  | | | | | | |
| 经销厂家名称 |  | | | | | | |
| 生产厂家名称 |  | | | | | | |
| 业务员 |  | | | | | 联系电话 |  |
| 考核内容 | | | | | | | |
| 耗材质量 | | □优秀 □合格 □不合格 | | | | | |
| 具体情况：不良事件记录 件，护长投诉 起，耗材用量 。 | | | | | | | |
| 送货情况 | | | □很快 □及时 □拖延 □经常断货 | | | | |
| 具体情况：拖延情况 次， 断货情况 次。 | | | | | | | |
| 耗材提价情况 | | | | □经常 □较多 □较少 □没有 | | | |
| 具体情况：耗材提价 种，提价次数 次，□是 □否 换经销商。 | | | | | | | |
| 诚信情况 | | | | □证件作假 □产品以次充好 □其他 | | | |
| 具体情况：发现弄虚作假一次即停用该经销商。 | | | | | | | |
| 业务员情况 | | | | □立即响应 □延迟响应 □经常失联 | | | |
| 具体情况：业务员失联 天，失联 次/月。 | | | | | | | |
| 其他问题、  反馈情况总结  及处理意见 | | | | |  | | |
| 填表人签名 | | | | |  | | |
| 采供科意见 | | | | | 负责人签名： | | |
| 设备管理委员会意见 | | | | |  | | |
| 审计科意见 | | | | | 负责人签名： | | |
| 主管院领导意见 | | | | | 负责人签名： | | |