**江苏省中医院医疗设备尾款支付申请单**

|  |
| --- |
| 公司于 年 月与医院签订 （设备名称）合同，合同号sbc - ，合同所含设备品牌： ，型号： ，总数量： ，合同总金额¥ 元，人民币（大写）： ，（本部¥ 元，紫东¥ 元，江宁（含牛首山制剂）¥ 元，钟山¥ 元），其中 院区 科 台设备于 年 月到货安装验收，发票号码为 ，该设备剩余10%尾款金额¥ 元，人民币（大写）： ，合同约定设备验收合格之日起12个月设备使用、维修正常、无质量问题的支付尾款，现设备已正常使用12个月以上，申请支付尾款。  公司开户银行及账号：  公司（盖章）  年 月 日 |
| 使用科室二次验收意见：    签字： |
| 采购员核对意见：  签字： |
| 维修工程师意见：    签字： |
| 设备处意见：  签字： |
| 院领导批示：  签字： |

注：1、如果不够填写，可以另附说明材料；2、同一合同不同院区分开填写。

**江苏省中医院 设备处 制**