**附件2**

**景谷县中医医院医学装备征询会报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **企业名称** |  |
| **联 系 人** |  |
| **联系电话** |  |
| **参与征询设备名称** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
| … |  |

 报名方（加盖公章）：

 年 月 日