**附件3.桂林市中医医院市场调查论证会报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名单位全称 | |  | | |
| 法定代表人 | |  | | |
| 公司详细地址: | | | | |
| 联系人： | | | 联系方式： | |
| **参与论证项目（必填）** | | | | |
| 序号 | 设备名称 | | 品牌型号 | 备注 |
| 1 |  | |  |  |
| 2 |  | |  |  |
| ... |  | |  |  |