**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：** |
| 序号 | 设备名称 | 生产厂家 | 规格型号 | 维保报价 | 同型号产品维保医院名称 | 维保合同价 | 维保时间 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |