

阳春市人民医院医疗设备项目调研报名表

(公章)

包 组 号			
设备名称	(如多个设备请逐项列出)		
设备厂家	(如多个设备请逐项列出)		
参与公司名称			
地 址			
联 系 人		联系方式	
邮 箱		公司电话	
备 注			
报名日期			