**附件2：**

**广州市花都区胡忠医院**

**医疗设备采购市场调研报名表**

报名日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 生产商名称 |  |
| 进口设备国内总代理名称 | （不属于进口设备的无需填写） |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 通讯邮箱 |  |
| 报名产品序号 | （对应公告目录序号，）如：序号1、序号5… |
| 报名确认 | （报名单位盖章、法定代表人或授权代表签字） |