**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 |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 报名产品序号 | （对应调研清单目录序号，）如：序号1、序号5… | | |
| 报名确认 | （报名签字，盖章） | | |