**云南省中医医院血管内冲击波治疗仪等设备信息征询反馈表**

|  |  |
| --- | --- |
| 设备名称 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

公司名称（加盖公章）：

联系人：

联系电话：

电子邮箱：

报名日期：