**云南省中医医院**核磁及移动DR维保**维保征询反馈表**

注：请将具有维保能力的设备填入下表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **型号** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |

公司名称（加盖公章）：

联系人：

联系电话：

报名日期：