**云南省中医医院医疗设备维保服务信息征询反馈表**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **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：