**云南省中医医院CT维保征询反馈表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **设备型号** | **全保报价 （万元/年）** | **主要服务内容** |
|  |  |  |  |  |

公司名称（加盖公章）：

联系人：

联系电话：

电子邮箱：

报名日期：

备注：厂家授权服务商须提供厂家授权