**云南省中医医院医疗耗材信息征询反馈表**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **云南省中医医院耗材咨询报名****（HZ 69）（三次）** |
| 报名耗材（需写标段号和耗材名称） |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

公司名称（加盖公章）：

公司联系人：

联系电话：

电子邮箱（作为收件邮箱）：

报名日期：