附件1

高州市人民医院

医疗设备维保项目报价表

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公司名称（盖章） |  | | |
| 代表姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 电子邮箱 |  | | |
| 涉及产品或项目（报价） |  | | |
| 公司介绍： | | | |

备注:归口职能管理部门邮箱：sb6668919@163.com，联系电话:0668-6668919。