**信宜市人民医院全自动生化免疫流水线**

**设备产品信息报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报名公司**  **名称** |  | | | **设备**  **厂家**  **名称** | （可附明细清单） | | |
| **设备名称** | （可附明细清单） | | | **品牌** | （可附明细清单） | | |
| **型号** | （可附明细清单） | | | **租金**  **报价** | （可附明细清单） | | |
| **配置清单**  **说明** | （可附明细清单） | | | | | | |
| **配套耗材及易耗损配件情况说明** | （可附明细清单） | | | | | | |
| **服务承诺** |  | | | | | | |
| **广州市区内三甲医院客户名单** |  | | | | | | |
| **报名公司**  **代表签名** |  | **联系电话** |  | | | **日期** |  |