附件

麻醉机展示供应商报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | |
| 供应商名称 | |  | | | |
| 法定代表人 | |  | | | |
| 注册资金 | |  | | | |
| 公司地址 | |  | | | |
| **联系方式** | | | | | |
| 联系人 |  | | | 联系电话 |  |
| 邮箱 |  | | | | |
| 参会企业（厂家/经销商） | | | |  | |
| **产品信息** | | | | | |
| 品牌 | | |  | 型号 |  |
| 价格（万元） | | |  | 维保期（年） |  |
| 产品首次注册时间 | | |  | 产品是否国产 |  |
| 产品特点简述 | | |  | | |

**备注：**1.参会企业填厂家或者经销商。2.此次展示涉及多个产品的，各潜在供应商可根据实际情况增加产品信息行列。