**雷州市人民医院**

**医用耗材论证遴选报名表**

**单位盖章：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **报名单位名称** |  | | |
| **地 址** |  | | |
| **联系人** |  | **联系方式** |  |
| **E-MALL** |  | **公司电话** |  |
| **耗材厂家名称** |  | | |
| **参会人员签字** |  | **报名日期** | 2024 年 月 日 |
| **备注** | 1. **报名表要求盖报名公司公章，参会人员签字；** 2. **一个项目一份报名函；** 3. **报名单位必须与参会单位一致；** 4. **现场提交报名表** 5. **开会请自备U盘等移动储存器；** 6. **如有疑问，请致电0759—8850463（周一至五上班时间）。** | | |