**雷州市人民医院**

**医教研设备（5万元以下）及配套专机专用耗材**

**论证遴选报名表（公告编号： ）**

**单位盖章：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** |  | | **项目序号** |  |
| **设备厂家名称** |  | | | |
| **设备型号** |  | **设备产地** |  | |
| **设备分类确认**  **（“√”选择）** | 1. 一类医疗器械 □ B、二类医疗器械 □   C、三类医疗器械 □ D、无医疗器械证 □  E、其他 | | | |
| **耗材厂家名称** |  | | | |
| **报名单位名称** |  | | | |
| **地 址** |  | | | |
| **联系人** |  | **联系方式** |  | |
| **E-MALL** |  | **公司电话** |  | |
| **参会人员签字** |  | **报名日期** | 2021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. **开会请自备U盘等移动储存器；** 5. **如有疑问，请周一至五上班时间致电0759—2369556。** | | | |