**报 名 函**

**广元市中心医院医学工程科：**

我单位欲报名参加 （项目名称）项目的现场产品调研会，联系方式如下，请予以确认。

单位名称：

纳税人识别号：

联系人：

联系电话（手机/座机）：

电子邮箱：

产品信息:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 品牌 | 型号规格 | 医疗器械注册证 | 使用年限 |
|  |  |  |  |  |  |

 单位（公章）：

 日期： 年 月 日