**南通市第四人民医院产品介绍会报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 |  | | |
| 品牌型号 |  | 质保时间 |  |
| 生产企业 |  | | |
| 主要配置、省内主要用户名单 |  | | |
| 收费明细（江苏内收费名称、收费代码，医保收费情况等详细内容） |  | | |

公司法人（授权人）声明：本公司已经完全获取并知晓本次项目详细需求。本人保证所供资料完整准确并愿意承担相应责任！

公司名称：

公司法人（授权人）签字盖章：

联系电话：

年 月 日