附件一:

荥经县严道街道社区卫生服务中心医疗设备

参数征集项目报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 荥经县严道街道社区卫生服务中心医疗设备参数征集项目 | | | |
| 推介单位 |  | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | |
| 推介设备名称（可推介多种设备） | 1.  2.  3.  ... | | | |
| 资质 | 营业执照  有□  无□ | 医疗器械生产许可证  有□  无□ | | 医疗器械注册证  有□  无□ |
| 医疗器械备案凭证  有□  无□ | 医疗器械经营许可证  有□  无□ | | 医疗器械经营备案凭证  有□  无□ |
| 授权情况 | 厂家授权书 有□  无□  授权单位：  授权期限：  业务员的授权书 有□  无□  授权期限： | | | |
| 推介单位  确认 | 我司所提供的所有资料均为合法、真实、有效。  签名确认：  （单位公章）  2024年 月 日 | | | |