|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 云南省精神病医院2026年医疗器械预算产品咨询会 | 供应商名称 |  |
| 宣讲人 |  | 联系电话 |  |
| 技术负责人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 供应商资质审查　 | 主要经营品牌： | 　　 |
| 经营范围： | 　 |
| 具有相关的资质、资格证书 | 　 |
| 参加本次公开征询宣讲的产品 |  |

**云南省精神病医院2026年医疗器械预算**

**产品咨询会报名回执表**

**注：请提供加盖公司公章的PDF材料**