报名回执单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **品牌型号** | **进口产品** | **设备产地** |
|  |  |  |  |
| **设备厂家** | **推介（宣讲）人员** | **联系电话** | **联系邮箱** |
|  |  |  |  |
| **代理商** | **代理商销售授权人** | **联系电话** | **联系邮箱** |
| 有限公司 |  |  |  |
| **初步报价：** | | | |
| 填写说明：  1、请厂家工程师及经销商授权代表分别填写联系方式。  2、若设备为厂家直销，代理商一栏为“/”。 | | | |

医学装备科制