|  |
| --- |
| 厂家（供应商）：盖公章  日期： 年 月 日 |

**呈：**

**江油市人民医院**

**[2022]第1批**

**医疗设备市场调研文件**

**项目序号：**

**设备名称：（与附件1中一致）**

**供应商：**

**联系人员：**

**联系电话：**