**附件：**

**咨询会报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称  （加盖公章） |  | | |
| 联 系 地 址 |  | | |
| 联 系 人 |  | 手 机 |  |
| E-mail |  |
| 确认所报名序号，打“√” | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **序号** | **维保项目** | **打“√”** | | 1 | 百胜彩超维保 |  | | 2 | 美国NeuroLogica 移动CT |  | | 3 | 东软医院管理信息系统、HIS系统集成服务维保 |  | | | |
| 备注 |  | | |
| 报名日期 |  | | |