**台山市妇幼保健院**

**眼视光医联体学科共建项目市场征询**

**征询日期：** **征询地点**：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **代表姓名及联系电话** | 填写 | **公司名称** | 填写 |
| **身份证号码** | 填写 | **公司地址** | 填写 |
| **供应产品名称、品牌、型号** | 供应产品名称：填写  品牌：填写  型号：填写  （设备清单可另附页） | | |
| **介绍内容及洽谈记录：**  无需填写 | | | |

**征询人员签字：**

**监督人员签字： 代表人签字 ：**