**安徽医科大学第四附属医院医疗设备维保咨询报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公司名称 |  | | | | |
| 授权代表 |  | 联系方式 |  | 邮箱 |  |
| 相关业绩 | 至少提供一份业绩，附上业绩合同扫描件 | | | | |
| 备注 |  | | | | |

公司盖章：

时间：