附件2

韶关市曲江区人民医院臭氧治疗仪 、射频治疗仪采购项目参加调研报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 韶关市曲江区人民医院臭氧治疗仪 、射频治疗仪采购项目 | 品牌型号 | / |
| 报名公司名称（注明厂家还是供应商） |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 资质情况 | 有提供的打“√”   1. 《医疗器械生产许证》（厂家） □ 2. 《医疗器械经营许可证》（厂家） □ 3. 《中华人民共各国医疗器械注册证》 □ 4. 《营业执照》《税务登记证》《组织机构代码证》   或（三合一）证件（厂家） □   1. 《医疗器械经营许可证》（经销商） □ 2. 《营业执照》《税务登记证》《组织机构代码证》   或（三合一）证件（经销商） □   1. 产品参数和配置清单 □ 2. 近两年省内三家或以上医院该型号产品销售合同或发票   （需可明确采购单价） □ | | |

签名（盖章）： 日期：