附件：

**南通市第六人民医院医疗器械咨询谈判报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 产品名称 |  |
| 规格型号 |  |
| 中标编号 |  |
| 注册证号 |  |
| 生产厂家及联系方式 |  |
| 配送企业及联系方式 |  |
| 主要用途及适用范围 |  |
| 性能配置 |  |

企业名称（盖章）：

法人签字：

日期：