**附件1：**

河池市中医医院
设备**维保服务**报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称：消毒供应室设备维保服务 |  |
| 序号 | 单位名称 | 负责人 | 联系电话 | 报名时间 | 意 向 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |