附件：

市场调研报名表

（超声类设备采购项目）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格型号 | 生产公司 | 注册证 | 备注 |
| 1 | 产科诊断专用高档彩超机 |  |  |  |  |
| 2 | 全身应用中高端彩超机 |  |  |  |  |
| 3 | 彩色超声诊断系统 |  |  |  |  |
| 4 | 高性能便携式彩超 |  |  |  |  |
| 5 | 便携式移动彩超仪 |  |  |  |  |
| **备注：请各代理人关注“资阳市疾控中心”微信公众号，并严格按照健康提示做好调研准备。市场调研当日请持48小时内核酸检测阴性证明参与现场调研，如不遵守我市疫情防控各项规定不予参加市场调研。** |

联系人：　　　　　 电话：　　　　 　　QQ：

　　　　　　　　　　　　　　　 　公司：（盖章）

年　　　月　　　日