**宣恩县人民医院医疗设备产品推介报名回执表**

公司名称（盖公章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 电话 | 推介产品名称 | 品牌 | 型号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |