**玉溪市妇幼保健院X线计算机断层扫描仪（CT）项目**

**需求征询反馈资料**

**供应商名称（盖单位章）：**

**联系人及联系电话：**

**日期： 年 月 日**

# 一、供应商基本情况

附：营业执照、经营许可证等证件资料复印件

# 二、产品技术参数基本情况表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌、型号、规格 | 技术参数 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# 三、检验检测报告、产品彩页、白皮书

# 四、商务内容

# 五、供应商认为有必要提供的其它资料