**意向投标经销商及相关信息**

|  |  |
| --- | --- |
| **一、意向投标经销商信息** |  |
| 投标项目名称 |  |
| 投标公司 |  |
| 投标人 |  |
| 联系电话 |  |
| **五、合作医院**（2年以内） |  |
| 省内医院主要用户 |  |
| **六、其它事项：** |  |
| 其它优惠 |  |

**注：文件名“序号+设备名称”发送到邮箱lhsycgzx@163.com**