**附件1：**

**镇雄县人民医院**

**医疗设备信息征询反馈表**

|  |  |
| --- | --- |
| 产品  名称 | **1.5T核磁共振匀场服务1次** |

公司名称（加盖公章）：

联 系 人：

联系电话：

电子邮箱：

报名日期：