**附件1：**

**镇雄县人民医院**

**医疗设备维保服务信息征询反馈表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目  基本情况 | **1、项目名称：彩色超声多普勒诊断系统维保**  **2、维保设备型号：LOGIQ E9**  **3、维保设备数量：1台**  **4、服务期限：3年** |

公司名称（加盖公章）：

联 系 人：

联系电话：

电子邮箱：

报名日期：