**广西医科大学第一附属医院**

**低温冷冻治疗系统**

**市场调研响应文件**

**设备名称：** 低温冷冻治疗系统

**型号：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**设备厂家：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**报名公司：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系人：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系电话：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**目录**

**一、报名表**

**二、报价单**

**三、参数调研表**

**四、厂家《营业执照》、《医疗器械生产许可证》、《医疗器械注册证》等相关证明**

**五、产品彩页**

**六、厂家给代理授权证明**

**七、代理公司《营业执照》、《医疗器械经营备案凭证》（如有代理）**

**八、业务员授权书（附业务员身份证复印件）**

**九、同类业绩（如有）**

**十、其他材料**

**（响应文件应按以上目录顺序编制后盖章后扫描发送至邮箱291323763@qq.com）**