附件一：

**云南省中西医结合医院空调、空消机及手术室净化机房维保信息征询报名表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **备注** |
|  |  |  |

供应商名称（加盖公章）：

联系人：

联系电话：

报名日期：