附件： **牙科综合治疗机**信息咨询报名表

|  |  |
| --- | --- |
| **厂家名称** |  |
| **设备名称** |  |
| **品牌** |  |
| **型号** |  |
| **产地** |  |
| **注册证号** |  |
| **单价（万元）** |  |
| **保修期** |  |
| **同型号产品****用户名单** | 列举云南省内用户名单（可附件说明） |
| **联系人** |  |
| **联系电话** |  |
| **联系邮箱** |  |

注：如有专机专用耗材，请附表列明。