**北京中医药大学东直门医院医用耗材遴选报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 产品名称 |  |
| 报名时间 |  |
| 公司名称 |  |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  |
| 备注（填写计划参与报名的公示项目序号及产品名称）：*如：北京中医药大学东直门医院2024年第五批医用耗材遴选公告**报名序号：* *使用科室：* *产品名称：*  |

公司名称（公章）：

注：报名时，请填写该表，打印盖章，并放于报名材料首页。

扫描件电子版请发送至sbk3273@163.com，邮件名称标注为：“公司名称”+2024年第五批医用耗材遴选报名。