赤峰市医院急诊转运车需求调查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **推荐设备名称** | **品牌或生产厂家** | **规格型号** | **详细参数** | **报价** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**联系人：**

**联系电话：**

**单位（盖章）：**

**年 月 日**