附件

## 个旧市中医医院询价表

**名称： 冲击波治疗仪**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备品牌** | **规格型号** | **生产厂家** | **质保期** | **价格** | **设备使用****年限** | **售后** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  小时响应 小时到达 |  |

**供应商： （盖章）**

**法定代表人或其委托代理人： （签字）**

**联系方式：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **年 月 日**