|  |
| --- |
| **个人医疗设备备案承诺书** |
| **承诺人姓名** |  |
| **承诺人所属单位** |  |
| **承诺人住址** |  |
| **承诺人联系方式** |  |
| **紧急联系人****及联系方式** |  |
| **参与评审项目** |  |
| **预计评审天数** |  |
| **个人医疗设备名称** |  |
| **申请原因** | **（携带原因、设备用途、是否具备通讯及记录功能）****（签 字）****年 月 日** |
| **市公共资源交易监督管理局意见** |
| **中心工作人员意见** |  | **行政监督部门意见** |  | **局项目管理科意见** |  |