**志盈医学数字切片扫描系统试用申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请试用医院 |  | | |
| 填报联系人 |  | 电话 |  |
| 职务 |  | 邮箱 |  |
| 申请医院地址 |  | | |
| 活动获取方式 |  | 对接销售经理 |  |
| 医院每天切片量 |  | 意向机型（Science/Win20/Win60/Win180） |  |
| 报名须知 | 1、志盈医学进行前期活动宣传；  2、院方病理科具体了解活动规则，并确定试用意向，填写报名表等待志盈医学进行科室调研；  3、院方病理科跟志盈医学签订试用协议，志盈医学将设备放到医院，并进行设备的安装、培训；  4、试用期限为半年，试用到期后，院方病理科对产品满意可以转正式销售合同，并于半年内付款，如不满意可协商退货。 | | |
| 承诺 | 本人已阅读了以上内容，保证遵守厂家设备试用规定，试用期间承诺设备的妥善保管义务。  承诺人签名： | | |

活动联系人：张老师 电话：15650566671

活动官方网站：<http://www.winmedic>