|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金堂县第一人民医院医用设备询价通知单 | | | | | |
| 名称 | 规格 | 单位 | 数量 | 预算单价（元） | 备注 |
| 超声多普勒胎心监测仪 | / | 台 | 1 | 4000 |  |
| 技术要求： | 1、能监测胎心率、胎动；2、具备正常胎心率范围标识功能；3、超出正常范围可预警；4、仪器为一体机化设备，操作灵活轻巧；5、保修2年 | | | | |
| 询价人（本单位）：张老师 联系电话：13541246747 日期：2024.12.31 | | | | | |
| 报价公司名称： 联系人： 联系电话： | | | | | |
| 报价金额（元）： 报价时间： | | | | | |
| 备注：请于三个工作日内纸质盖鲜章扫描回复至邮箱2747532673@qq.com。 | | | | | |