|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 医用空气消毒机 |  | 台 | 1 | 4000 |  |
| 需求参数（需标注“★ ”、“▲ ”等条款，其中：“★ ”为  核心条款（需实质性满足），“▲ ”为重点条款（用于重点扣分），其余 均为一般性条款） | 1、对人体无伤害；2、噪音小；3、保修2年。 | | | | |
| 询价人（本单位）：张老师 联系电话：13541246747 日期：2025.2.28 | | | | | |
| 报价公司名称： 联系人： 联系电话： | | | | | |
| 报价单价（元）： 报价合计金额（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。 | | | | | |