|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金堂县第一人民医用设备（维修）询价通知单 | | | | | |
| 设备（维修）名称：超声乳化手柄 | | | | | |
| 名称 | 规格 | 单位 | 数量 | 预算单价（元） | 合计 |
| 超声乳化手柄 | NIDEK | 个 | 1 | 10000 | 10000 |
| 预算总金额合计：8000元 | | | | | |
| 技术要求： | 1. 维修超声乳化手柄，恢复使用 2. 质保半年 | | | | |
| 型号： | | | | | |
| 询价人（本单位）：曾老师 联系电话：19308209278 日期：2025.3.6 | | | | | |
| 报价公司名称： 联系人： 联系电话： | | | | | |
| 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[3833975156@qq.com。](mailto:3833975156@qq.com。) | | | | | |