|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 儿童腕式电子血压计 | 3-12岁 | / | 3 | 500 | / |
| 需求参数（实质性要求） | 适用于3-12岁儿童测量血压。 | | | | |
| 询价人（本单位）：张老师 联系电话：13541246747 日期：2025.6.11 | | | | | |
| 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。 | | | | | |