|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金堂县第一人民医院医用设备（维修）询价通知单 | | | | | |
| 设备（维修）名称：超声乳化手柄 | | | | | |
| 名称 | 型号 | 单位 | 数量 | 预算单价（元） | 备注 |
| 超声乳化手柄 | / | 套 | 1 | 9000 |  |
| 预算总价： | | | | 9000 |  |
| 技术要求： | 维修优先  质保期：≥6个月 | | | | |
| 型号： | | | | | |
| 询价人（本单位）：黄 诚 联系电话：18782409519 日期：2025年6月19日 | | | | | |
| 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交至医学装备部黄老师（18782409519）或纸质盖鲜章扫描回复至邮箱342938277@qq.com。 | | | | | |