**金堂县第一人民医院医用设备询价通知**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | | 规格 | 单位 | 数量 | | 预算单价（元） | | 备注 | |
| 神经肌肉刺激器 | | / | 台 | 4 | | 1000 | | 需同步提交耗材报价 | |
| 需求参数（实质性要求） | | 1.主机可充电；  2.脉冲电流：要求恒流持续50mA，要求误差范围小于等于±50%；  3.脉冲宽度:80-140um；  4.脉冲频率:1Hz；  5.电极性能抗阻 ≤100Ω；  6.设备具有≥7个档位可调，满足临床不筒刺激强度需要。 | | | | | | | |
| **询价人信息** | | | | | | | | | |
| 询价人：张老师 联系电话：13541246747 日期：2025年9月17日 | | | | | | | | | |
| **报价人信息** | | | | | | | | | |
| 报价公司名称： 联系人： 联系电话： | | | | | | | | | |
| **报价信息** | | | | | | | | | |
| **设备报价** | 设备名称： | | 生产厂家： | | 规格型号: | | 报价单价（元）： | | 报价合计金额（元）： |
| **耗材报价** | 耗材名称： | | 生产厂家： | | 规格型号： | | 是否挂网： | | 报价单价（元）： |
| 报价日期 | 报价时间：XX年XX月XX日 | | | | | | | | |
| 备注：请于三个工作日内纸质盖鲜章扫描回复至邮箱yxzbb@jintangyy.com。 | | | | | | | | | |