|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | 规格、型号 | 单位 | 数量 | 预算单价（元） | 预算合计 |
| 超声乳化手柄 | 091468 | 套 | 1 | 9000 | 9000 |
| 预算总金额合计：9000 | | | | | |
| 故障原因： | 不能使用 | | | | |
| 技术要求 | 维修优先（需检测故障情况）  质保期≥6个月 | | | | |
| 询价人（本单位）： 黄 诚 联系电话：18782409519  日期：2025年9月17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：报价截止日期为2025年9月16日18时-2025年9月19日18时，请于截止日期前将纸质盖鲜章扫描回复至邮箱yxzbb@jintangyy.com | | | | | |