|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金堂县第二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） | 合计 |
| 中心供氧氧气终端 | 国标、低压球形接头连接 | 只 | 15 | 100 | 1500 |
| 中心供氧吸引终端 | 国标、低压球形接头连接 | 只 | 1 | 100 | 100 |
| 预算总金额合计：1600元 | | | | | |
| 技术要求 | 匹配我院中心供氧接口、半年质保期、需安装 | | | | |
| 设备型号： | | | | | |
| 询价人（本单位）：唐老师 | | 联系电话：18181926606 | | 日期：2025.1.13 | |
| 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鲜章扫描回复至邮箱[2495835086@qq.com](mailto:2495835086@qq.com) | | | | | |