|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金堂县第二人民医院医用设备维修询价通知单 | | | | | |
| 设备（维修）名称：血液透析用制水设备滤芯 | | | | | |
| 名称 | 规格 | 单位 | 数量 | 预算金额（元） | 备注 |
| 滤芯 | 30英寸5u | 支 | 10 | 900 |  |
| 技术要求 | 需要安装、提供相关证件、质保半年 | | | | |
| 设备型号：CJ-R0II-3000 | | | | | |
| 询价人（本单位）：唐老师 | | 联系电话：18181926606 | | 日期：2025.1.23 | |
| 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：请按照本通知单格式填写（可增加表格行数），并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) | | | | | |