吉安市中心人民医院部分科室设备

询价调研公告

 我院拟对部分科室设备进行现场询价调研，欢迎具备相关资质的单位前来报名。现将有关事宜公告如下：

1. 设备名称及数量

|  |
| --- |
| 骨科设备 |
| 序号 | 设备名称 | 数量 |
| 1 | 冲击波 | 1 |
| 2 | 富含血小板提取仪 | 1 |
| 3 | 膝关节镜镜头 | 2 |
| 4 | 踝关节镜镜头（进口） | 1 |
| 5 | 除颤仪 | 1 |
| 6 | CPM机（膝关节） | 2 |
| 7 | 心电监护仪 | 5 |
| 8 | 空气波 | 3 |
| 急诊科设备： |
| 序号 | 设备名称 | 数量 |
| 1 | 心肺复苏仪 | 1 |
| 2 | 全胸震荡排痰仪 | 3 |
| 3 | 空气波 | 3 |
| 4 | 心电图机 | 1 |
| 美容科设备 |
| 序号 | 设备名称 | 数量 |
| 1 | 冰点激光脱毛机 | 1 |
| 新生儿科设备 |
| 序号 | 设备名称 | 数量 |
| 1 | 新生儿心电监护仪 | 5 |
| 2 | 新生儿心电图机 | 1 |
| 3 | 新生儿转运暖箱（带呼吸机） | 1 |
| 4 | T组合复苏器 | 1 |
| 5 | 氧浓度监测仪 | 1 |
| 6 | 空氧混合仪 | 1 |
| 7 | 床旁彩超诊断仪 | 1 |
| 疼痛科设备 |
| 序号 | 设备名称 | 数量 |
| 1 | 红外热疗仪 | 1 |
| 2 | 经颅电刺激仪 | 1 |
| 3 | 高端智能超声诊断系统 | 1 |
| 功能科设备 |
| 序号 | 设备名称 | 数量 |
| 1 | 动态心电图机 | 1 |
| 2 | 动态血压记录盒 | 7 |
| 3 | 视频脑电图仪 | 1 |
| 4 | 动态脑电图仪记录仪 | 3 |
| 营养科设备 |
| 序号 | 设备名称 | 数量 |
| 1 | 人体成分分析仪 | 1 |
| 2 | 全自动身高体重分析仪 | 1 |
| 心内科设备 |
| 序号 | 设备名称 | 数量 |
| 1 | 遥测心电监护仪（1拖8） | 1 |
| 康复科设备 |
| 序号 | 设备名称 | 数量 |
| 1 | 空气波 | 3 |
| 2 | 便携式肌骨超声 | 1 |
| 3 | 正中神经电刺激仪 | 4 |
| 4 | 低频体外膈肌起搏器 | 6 |
| 5 | 除颤仪 | 1 |
| 6 | 体外震动排痰仪 | 3 |
| 7 | 肠内营养泵 | 5 |

二、前来参加询价、调研会的厂商须提供以下相关材料（复印件加盖红章）：

1. 公司及产品的资质证明材料（公司三证等）。
2. 询价产品的制造商或者区域总代理商出具的授权函及参数确认函。（厂家及总代授权书需红章）
3. 法定代表人证书或委托代理人授权书。
4. 询价产品的报价函。
5. 价格佐证。
6. 价格承诺函

注：以上材料一式叁份密封好并加盖公章，（封面注明联系人、联系电话及参与项目设备）

报名时间：2024年7月1日-7月5日17:00

报名及邮寄地点：吉安市吉安南大道80号

吉安市中心人民医院行政楼107办公室

联系人：王先生18979638693

附件1：投标询价、议价承诺函；

附件2:产品报价函模板

附件1：

**投标询价、议价承诺函**

致：吉安市中心人民医院

我单位在参加贵方部分＿＿＿＿＿＿项目的（投标询价、议价）活动中，郑重承诺如下：

我方在此声明，本次（投标询价、议价）活动中提供的所有资料都是真实、准确完整的，所投产品＿＿＿＿品牌＿＿＿＿型号（品牌及规格型号）报价为江西省内同期、同型号、同品牌、同配置最低价，如因虚假资料、虚假报价所产生的一切后果完全由我方承担。

 投标单位： （盖章）

 联 系 人：

 联系电话：

附件2：产品报价函模板

 公司报价函

 联系人： 电话： 日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 生产厂家/品牌 | 规格型号 | 单价 | 数量 | 总价 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |

 填写要求：请按照表格顺序填写，不得擅自更改表格内容，报价函上加盖公章