吉安市中心人民医院神经内科高清视频脑电图仪、眩晕诊疗系统、平衡功能检查系统（眼震甩头及冷热气）设备询价公告

 我院拟对神经内科部分设备进行现场询价，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：

1.高清视频脑电图仪 数量：1

2.眩晕诊疗系统 数量：1

3.平衡功能检查系统（眼震甩头及冷热气） 数量：1

二、前来参加询价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。
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，（封面注明联系人及联系电话）

报名时间：2024年5月21日-5月27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