吉安市中心人民医院康复科、供应室及胃镜室设备

市场调研公告

我院拟对康复科、供应室及胃镜室设备一批进行市场调研，欢迎具备相关资质的单位前来报名参加。现将有关事宜公告如下：

1. 设备名称及数量

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 数量 | 备注 |
| 1 | 中药煎药机 | 1 | 康复科设备 |
| 2 | 经颅磁刺激仪 | 1 | 康复科设备 |
| 3 | 经皮神经电刺激仪 | 1 | 康复科设备 |
| 4 | 激光磁场理疗仪 | 1 | 康复科设备 |
| 5 | 超声波治疗仪 | 1 | 康复科设备 |
| 6 | 电脑中频治疗仪 | 4 | 康复科设备 |
| 7 | 制冰机 | 1 | 康复科设备 |
| 8 | 干扰电治疗仪 | 2 | 康复科设备 |
| 9 | 中药熏蒸仪 | 1 | 康复科设备 |
| 10 | 多功能牵引床 | 2 | 康复科设备 |
| 11 | 生物刺激反馈仪 | 2 | 康复科设备 |
| 12 | 艾灸排烟系统 | 10 | 康复科设备 |
| 13 | 电脑骨创伤治疗仪 | 2 | 康复科设备 |
| 14 | 低频神经肌肉刺激仪 | 1 | 康复科设备 |
| 15 | 体外冲击波治疗仪 | 1 | 康复科设备 |
| 16 | 痉挛肌电刺激治疗仪 | 2 | 康复科设备 |
| 17 | 脑循环功能治疗仪 | 2 | 康复科设备 |
| 18 | 超短波电疗机 | 1 | 康复科设备 |
| 19 | 骶神经磁刺激仪 | 1 | 康复科设备 |
| 20 | 多功能恒温蜡疗机 | 1 | 康复科设备 |
| 21 | 手指关节康复评估系统 | 1 | 康复科设备 |
| 22 | CPM（肘关节） | 1 | 康复科设备 |
| 23 | CPM（下肢膝关节、裸关节） | 1 | 康复科设备 |
| 24 | CPM（肩关节） | 1 | 康复科设备 |
| 25 | 上下肢主被动康复机 | 3 | 康复科设备 |
| 26 | PT凳 | 6 | 康复科设备 |
| 27 | 双人站立架 | 2 | 康复科设备 |
| 28 | 裸关节矫正训练器 | 2 | 康复科设备 |
| 29 | 多体位康复床（六段） | 1 | 康复科设备 |
| 30 | 训练用扶梯 | 1 | 康复科设备 |
| 31 | 智能砂磨板 | 1 | 康复科设备 |
| 32 | 可调式OT桌 | 2 | 康复科设备 |
| 33 | 平行杆（带楔行板） | 1 | 康复科设备 |
| 34 | 上螺丝、上螺母 | 2 | 康复科设备 |
| 35 | OT综合训练台 | 1 | 康复科设备 |
| 36 | 简易运动训练套装 | 1 | 康复科设备 |
| 37 | 电动升降床PT床 | 4 | 康复科设备 |
| 38 | 虚拟情景互动康复评估与训练系统 | 1 | 康复科设备 |
| 39 | 木制手法床（按摩,理疗，针灸） | 10 | 康复科设备 |
| 40 | 滚筒 | 1 | 康复科设备 |
| 41 | 多功能训练器（八件组合） | 1 | 康复科设备 |
| 42 | 可调式磨砂板及附件 | 1 | 康复科设备 |
| 43 | 悬吊康复床 | 1 | 康复科设备 |
| 44 | 数字OT训练与评估系统 | 1 | 康复科设备 |
| 45 | 超声波清洗机 | 1 | 供应室用于处理形状复杂，带孔类器械的清洗 |
| 46 | 医用快速除锈机 | 1 | 供应室用于手术器械清洗流程除锈、除垢使用。 |
| 47 | 清洗消毒器 | 1 | 用于处理手术器械、器皿等科复用器械的清洗 |
| 48 | 医用干燥柜 | 1 | 供应室根据医院消毒供应中心管理规范要求，对于耐高温的器械，应使用医用干燥柜进行干燥，确保器械的干燥效果 |
| 49 | 肠镜 | 1 | 胃镜室因肠镜损坏，需重新配置一根，需兼容胃镜室原有4450主机。 |
| 50 | 内窥镜超声系统探头（超声探头） | 1 | 胃镜室原内镜超声探头损坏，急需更换，需兼容原有超声小探头主机SP-900 |
| 51 | 内镜用送水装置 | 2 | 与医院现有设备匹配 |
| 52 | 内镜用二氧化碳供气装置 | 2 | 与医院现有设备匹配 |

二、前来参加市场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. 提供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：2025年4月29日-5月7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