吉安市中心人民医院中心制氧设备

市场调研公告

我院拟对中心制氧设备进行现场市场调研，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. 市场调研需求：

前来参与调研的各单位按以下2个方案进行调研：

方案一：采购中心制氧设备，数量为4套，单机组产氧量≥50m³/h，氧气浓度≥93%±3；氧分子筛使用寿命大于10年, 含制氧主机，空压机，干燥机，空气储罐，精密过滤器，储气罐，高氧纯度监测仪，智能化远程监控系统等整套运行设备，需与医院用气管道对接。

方案二：中心供氧制氧服务采购，医院提供生产场地，氧气相关生产设备、人员等，相关生产运营等费用由服务商自理。机组≥4套，根据医院用气需求增减，单机组产氧量≥50m³/h，氧气浓度≥93%±3；需与医院用气管道对接。

二、前来参加市场调研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. 调研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. 氧气浓度检测报告以及符合国家法规文件。
5. 调研产品的报价函
6. 价格佐证
7. 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：2025年5月15日-5月21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：市场调研承诺函；

附件2:产品报价函模板

附件1：

**市场调研承诺函**

致：吉安市中心人民医院

我单位在参加贵方部分＿＿＿＿＿＿项目的（市场调研）活动中，郑重承诺如下：

我方在此声明，本次（市场调研）活动中提供的所有资料都是真实、准确完整的，所参与调研的产品＿＿＿＿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。

承诺单位： （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。