****延边中医医院延吉市中医医院**延吉市中医医院两专科一中心建设项目**

****询价项目公告****

**1、询价项目简介**

1.1 询价项目名称：**延边中医医院延吉市中医医院两专科一中心建设项目询价项目**

1.2 询价项目编号：ZBB20250214-01

1.3 询价方：延边中医医院延吉市中医医院

1.4 询价项目预算落实情况：已落实

1.5 询价项目内容：延吉市中医医院两专科一中心建设项目

**延吉市中医医院两专科一中心建设项目**

|  |  |
| --- | --- |
| **设备名称** | **数量** |
| 电动多功能牵引床 | 1 |
| 多功能牵引床 | 1 |
| 红外治疗仪 | 2 |
| 电动多功能理疗床 | 2 |
| 颈椎牵引椅 | 2 |
| 低频脉冲治疗仪 | 1 |
| 干扰电治疗仪 | 1 |
| 生物反馈治疗仪 | 1 |
| 上下肢主被动康复机 | 5 |
| 上下肢主被动康复（床旁） | 1 |
| 下肢连续被动训练仪 | 1 |
| 空气压力治疗仪 | 2 |
| 手动能康复训练与评估系统 | 2 |
| 便携式冲击波治疗仪 | 1 |
| 站立架 | 1 |
| PT凳 | 10 |
| 康复床（电动起立床） | 2 |
| 经颅电治疗仪 | 1 |

**2、报名方式**

有意参加本项目的响应人，请于**2025年2月14日至2025年3月13日**期间，接收时间：**工作日上午8：30至11：30，下午13：30至16：00，休息日不接收**。(响应**文件**以**密封档案盒方式，填写**项目编号和项目名称**后**邮寄到指定接收地址。）

**邮寄地址：吉林省延吉市梨花路2177号延边中医医院延吉市中医医院-招标办**

**咨询电话：0433-8336198**

**3、报名资料包括：**

3.1.响应人企业营业执照复印件、经营许可证复印件。

3.2.供应商资格声明文件

3.3.法人身份证明或法定代表人授权委托书、法定代表人或委托代理人身份证。

3.4.信誉承诺书

3.5.响应人需提交制造商的《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械注册证》、《营业执照》《医疗器械经营许可证》副本复印件。

3.6.产品说明书以及产品彩页。

3.7.生产厂家出具的产品授权书。

3.8.厂家提供的质量承诺书。

3.9.厂家售后服务承诺书

3.10.报价单（详见附件一）

3.11.吉林省成交记录

3.12.技术参数功能表

**以上材料按顺序复印装册并每页加盖公章。共准备3份（首页按顺序做成目录并标记页码）缺少相关资料按无效响应人处理。**

**附件一**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报价单 | | | | | | | |
| 响应人名称： | | | | | | | |
| 序号 | 产品名称 | 规格型号 | 单位 | 生产厂家 | 注册证号 | 产品单价（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填写要求：

1、“报价单”中各个栏目都必须完整、准确填写。“报价单”的所有内容都不允许补充或者修改。

2、如果有任何遗漏，均被视为响应人已经在其报价中考虑。

响应人： （盖章）

法定代表人或委托代理人：  （签字）

日期： 年 月 日