# 衢州市第三医院关于2025年度医疗设备采购项目

# 推荐会公告

为进一步做好医院医疗设备采购工作，秉持公开、公平、公正的原则，现就我院2025年拟采购的13项医疗设备进行产品推荐及议价，欢迎各厂商代表前来推介。

1. 项目名称 金额单位：万元

| 序号 | 设备名称 | 数量 | 单价 | 总价 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 脑电生物反馈仪 | 2 | 42.5 | 85 |
| 2 | 手功能康复系统 | 1 | 10 | 10 |
| 3 | 便携式肌电图诱发电位仪 | 1 | 10 | 10 |
| 4 | 功能性电刺激治疗仪 | 1 | 10 | 10 |
| 5 | 软式可视化喉镜 | 1 | 5 | 5 |
| 6 | 尿动力学分析仪 | 1 | 15 | 15 |
| 7 | 医用冷藏箱 | 1 | 2.6 | 2.6 |
| 8 | 医用冷藏箱 | 1 | 1.1 | 1.1 |
| 9 | 药品阴凉箱 | 1 | 1.4 | 1.4 |
| 10 | 除颤仪 | 2 | 4 | 8 |
| 11 | 多导睡眠记录仪 | 2 | 20 | 40 |
| 12 | 熏蒸治疗仪 | 2 | 1.5 | 3 |
| 13 | 病床 | 7 | 0.8 | 5.6 |
| 合计金额 | | 196.7 | | |

二、项目推介书组成

1.资格证明材料包括：（1）营业执照复印件（2）医疗器械经营许可证、医疗器械经营备案凭证、生产许可证、产品注册证复印件（3）法人及厂家授权函、身份证复印件。所有资料加盖公章；

2.推介设备基本情况：产品注册证、产品配置表、技术参数；

3.推介同型号产品近期合同及发票复印件、推介产品用户名单、是否为医展会中标产品；

4.包括但不限于上述材料。

**注：以上材料按序排列，装订成册，一式两份。并将材料目录置于首页，所有材料必须加盖公章。**

三、提交方式

1. 报名资料邮寄至浙江省衢州市柯城区白云北大道226号，衢州市第三医院采供部（医学工程处），杨女士收，联系电话：0570-3011552。
2. 同步发送电子邮件至[422525816@qq.com](mailto:532408709@qq.com) ，电子邮件内容包括：

⑴ 项目推介书资料的PDF扫描件（其他资料除外）；

⑵《产品推荐清单》电子表格。

**（注：邮寄资料须与电子邮件内容一致）**

四、材料接收截止时间

2025年5月27日至2025年6月2日17：00止。

五、推介会时间

另行通知。

1. **推介会地点**

**★衢州市第三医院医技楼601会议室。**

七、其他

1.采购实施按政府采购有关规定执行，各厂家、经销商提供的推荐资料作为参考资料。

**★2.产品参数必须详细写在《产品推荐清单》中，否则拒收。**

**★3.不接受进口设备。**

附件：《产品推荐清单》

衢州市第三医院

2025年5月27日

附件

产品推荐清单

推荐单位(加盖公章）： 代理人： 联系电话： 填表日期: 年 月 日

| 序号 | 项目名称 | 进口/国产 | 生产厂家 | 品牌及型号 | 技术参数 | 产品配置 | 报价（元） | 能否在医疗馆采购 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |