**百色市中医医院关于**

**采购一批医疗设备项目意向的报名公告**

依据医院相关规定，拟在近期对一批医疗设备项目进行采购意向报名，相关单位如需参加，请见本公告后，填写附件“一批医疗设备项目报价表”进行报价报名，逾期不受理。

填完报价表后发邮件到[**bsszyyycgk@163.com**](mailto:bsszyyycgk@163.com)邮箱或送至行政楼2楼采购科，资料包含一批医疗设备项目报价表、营业执照、组织机构代码、税务登记证，如三证合一可只提供营业执照、企业资质、业务员授权书等资料（所有资料均盖单位公章，发至邮箱需盖章扫描版）。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 单位 | 数量 | 技术参数要求 |
| 百色市中医医院采购一批医疗设备项目 | 批 | 1 | 转运呼吸机1台、心肺复苏机1台、听力计1台、监护仪2台。  详见附件一。 |

注：本次公开的采购意向是本单位采购工作的初步安排，具体采购项目情况以相关采购公告和采购文件为准。

联系人：李雅婷

联系电话：0776-2997079

办公室地点：百色市右江区翔云路25号行政楼2楼采购科。

公告期限：自本公告发布之日起3个工作日，报名时间截止：2024年5月16日下午18：00，逾期不予接收。

百色市中医医院  
2024年 5月 13日

附件:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **一批医疗设备项目报价表** | | | | | | |
| 项目名称 | 设备名称 | | 品牌型号 | 单位 | 数量 | 单价（元） | 合计金额（元） | 备注 |
| 百色市中医医院采购一批医疗设备项目 |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| 总合计 | | | | | | |  |
|  | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | 报价单位：（盖章） | | | |
|  | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | 代表人签字： | | | |
|  | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | 联系电话： | | | |
|  | |  | | |  | | | |
|  | |  | | | 年 月 日 | | | |