# **广西国际壮医医院（明秀分院）**

# **2025年拟采购医疗设备公开询价公告**

根据医院工作需要，我院近期拟采购一批设备（详见附件清单），请有意向，具有资质的各品牌代理商或厂家前来报名。

本公告报名有效期自挂网之日起至2025年3月27日17:30截止。

请各品牌厂家、代理商见本公告后，携带有效证件及产品资料前来我院报名。

****一、报名必备资料：****

（1）报名公司项目联系人、联系电话、电子邮箱、拟报名项目名称、报价单（原件盖章）；且提供报价相应依据说明,如区内其他医院购买设备合同、查询到的中标价格等。

（2）代理公司营业执照、医疗器械经营许可证、授权书；

（3）生产企业营业执照、生产企业医疗器械经营许可证、医疗器械注册证；

（4）设备彩页、设备详细参数表、配置清单、质保期及售后服务方案；

（5）设备使用专用耗材的，按耗材的常规使用量提供报价；

****二、报名方式：****

（1）报名方式：现场报名；

（2）材料要求：请按报名必备资料逐一整理纸质版材料，纸质版一式三份，密封后现场递交；电子版一份（发送至邮箱251240030@qq.com）。

（3）报名地址：南宁市西乡塘区明秀东路234号（广西国际壮医医院明秀分院门诊楼6楼医学装备科）；

（4）联系人：马老师；联系电话0771-3108722。

广西国际壮医医院明秀分院

                                2025年3月24日

# [附件1：广西国际壮医医院（明秀分院）2025年拟采购医疗设备公开询价公告（含报价表）.docx](http://oss.gxgjzy.com/20240717/105759722.docx)

2025年度广西国际壮医医院（明秀分院）拟采购医学设备需求表.xlsx

**附件1**

**（项目名称） 报价表（格式）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **品牌** | **规格、型号** | **数量** | **单位** | **单价**  **（元）** | **总价**  **（元）** | **生产企业规模（大/中/小/微）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计：人民币（大写） （¥ ） | | | | | | | | |

法定代表人或其委托代理人签名（或盖章）：

报价公司（公章）：

日期： 年 月 日