**百色市中医医院关于采购一批康复医疗设备项目院内询价报名的意向公告**

依据医院相关规定，拟在近期对一批康复医疗设备项目进行院内询价报名，相关单位如需参加，请见本公告后，填写附件“一批康复医疗设备项目现场询价报价表”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，资料包含一批康复医疗设备项目现场询价报价表、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）。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 单位 | 数量 | 技术参数要求 |
| 一批康复设备项目 | 批 | 1 | 手动膏贴机1台、吞咽神经和肌肉电刺激仪1台、肌电生物反馈仪1台、空气波压力治疗仪1台、痉挛肌低频治疗仪2台、中频电疗仪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4月10日下午18：00，逾期不予接收。

百色市中医医院  
2024年 4月 7日

|  |
| --- |
|  |
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **一批康复医疗设备项目现场询价报价表** | | | | | | | |
| 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 |
| 一批康复医疗设备项目 | 手动膏贴机 | |  | 台 | 1 |  |  |  |
| 吞咽神经和肌肉电刺激仪 | |  | 台 | 1 |  |  |
| 肌电生物反馈仪 | |  | 台 | 1 |  |  |
| 空气波压力治疗仪 | |  | 台 | 1 |  |  |
| 痉挛肌低频治疗仪 | |  | 台 | 2 |  |  |
| 中频电疗仪 | |  | 台 | 2 |  |  |
| 合计 | | | | | | |  |
|  | 报价单位：（盖章） | | | | | | | | |
|  | 代表人签字：  联系电话： | | | | | | | | |
|  | 年 月 日 | | | | | | | | |