**重庆市南川区中医医院**

**三甲建设提标扩能项目呼吸湿化治疗仪**

**采购意向**

为便于供应商及时了解我院采购信息，根据《财政部关于开展政府采购意向公开工作的通知》(财库〔2020〕10号)和医院有关规定，现将我院采购意向公开如下：

一、设备需求：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 设备名称 | 预算金额  (万元) | 数量(台) | 备注 |
| 1 | 呼吸湿化治疗仪 | / | 1 |  |

二、资质材料

1.经销商资质（经营许可证），

2.生产厂家资质（生产许可证），

3.产品资质（注册证及附件，必须在有效期内），

4.产品彩页，

5.重庆地区客户名单。

三、产品资料

1、产品技术参数，

2、产品配置清单，

3、整机报价单（见附件），

4、易损件及主要零配件报价，

5、售后服务团队和响应时间。

四、递交时限：

从本公告之日起7个日历日止。

五、递交方式：

将所需资料扫描后发送至邮箱：247606755@qq.com或邮寄至：重庆市南川区中医医院设备科。联系人:骆老师71610508。

重庆市南川区中医医院

2024年9月5日

附件： 重庆市南川区医疗设备报价单

附件：

**重庆市南川区医疗设备报价单**

**公司名称(盖鲜章）： 时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **品牌** | **型号** | **数量** | **单位** | **单价/万** | **合计/万** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计:** | | |  | | | | |