

河池市宜州区中医医院医疗设备采购询价公告

经医院研究决定，拟在近期对以下医疗设备采购项目进行院内招标/询价采购，欢迎符合资质的供应商前来参与报价（提供一次性报价）。

一、项目名称：河池市宜州区中医医院医疗设备采购

二、询价内容：自动膏贴机（DM-JQ-2401）2 台。

三、报价人资格要求

1、国内注册（指按国家有关规定要求注册），具备独立承担民事行为能力，生产或经营达到本次采购货物及服务要求的供应商。

2、供应商需具备行业主管部门颁发的有效医疗器械生产或经营许可证、经营备案证。

3、单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的采购活动。

四、递交报价文件截止时间、地点：

报价文件必须以书面密封形式于 2024 年 12 月 17 日 16:00 时前递交至河池市宜州区中医医院采购办公室，逾期不受理。

五、公告期限：自本公告发布之日起 3 个工作日。

六、发布公告的媒体

本次询价采购的相关信息发布在河池市宜州区中医医院网站
(<http://www.gxyz120.com/>)

项目咨询电话：陈先生 0778-3232681

河池市宜州区中医医院

2024 年 12 月 12 日

报价文件格式：

询 价 文 件

项目名称：_____

投标人：_____（盖单）

法定代表人或其委托代理人：_____（签名）

联系电话：_____

日期：_____年____月____日

目 录

- 1、报价表
- 2、投标人资格证明文件
- 3、法定代表人身份证明书
- 4、法定代表人授权委托书
- 5、售后服务承诺书

一、报价表

序号	产品名称	厂商名称	规格型号	数 量	单位	单 价 (元)	金 额 (元)
1							
....							
报价金额:							
交货时间:							

报价单位:

法定代表人或委托代理人:

年 月 日

二、营业执照副本（复印件加盖公章）

三、法定代表人身份证明书

单位名称：_____

单位性质：_____

地 址：_____

成立时间：_____年_____月_____日

姓 名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 职务：_____

系 _____的法定代表人。

特此证明。

投标人：_____（盖公章）

日 期：_____年_____月_____日

法人代表授权委托书原件及被授权人身份证复印件（如法定代表人本人参加，则不需授权书，只须提供本人身份证复印件即可）；

四、法定代表人授权委托书

河池市宜州区中医医院：

兹授权_____身份证号码：_____

为我公司参加贵单位组织的____（项目名称）____活动的投标代表人，全权代表我公司处理在该项目投标活动中的一切相关事宜。代理期限从_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止。

授权单位（盖章）：_____

法定代表人（签字或盖章）：_____

签发日期：_____年_____月_____日

附：

粘贴法定代表人及被授权人身份证正反面（复印件）

五、售后服务承诺书