语言障碍康复评估与训练系统院内议价

采购公告

1. **项目基本情况**

项目编号：YNYJ2025-004

项目名称：语言障碍康复评估与训练系统

预算金额：49800元（人民币）

采购需求：

**1.语言障碍康复评估与训练系统：1套/49800元。**

采购项目情况：本项目共分为1个包，总预算金额49800元， 采购项目情况详见下表：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 采购内容 | 预算金额（元） |
| 1 | 语言障碍康复评估与训练系统1套 | 49800 |

合同履行期限：详见采购文件

1. **申请人的资格要求**

1.满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；

2.落实政府采购政策需满足的资格要求：

三、**获取采购文件**

时间：2025 年01月03日至 2024年01月09日，每天上午 8:00 至 11:30，下午 14:00 至 17:00。（北京时间，法定节假日除外）

地点：8号楼南座301办公室

方式：供应商可选择以下方式获取采购文件：1 现场获取： 供应商须携带营业执照加盖单位公章的复印件、法定代表人身 份证明或法定代表人授权委托书原件一套到8号楼301办公室获取采购文件。 2 邮箱获取（邮件主题请备注“项目编号+供应商公司全称”）： 供应商须将营业执照复印件加盖公章、报名表 word 格式、法定代表人身份证明或法定代表人授权委托书发至邮箱，并及时通知我方。如报名材料齐全，我方会将采购文件发送至供应商邮箱内，如报名材料不齐全，我方会写明具体原因发送至供应商邮箱内，请各供应商务必核实邮件回复内容，若因此造成的领取文件失败，无法参加本项目的责任由各供应商自行承担。

邮 箱：qfsyyzbb@163.com；

**四、响应文件提交**

截止时间：2025 年01月10日10点10分（北京时间）

地点：8号楼南座306会议室

1. **开启**

时间：2025 年01月10日10点10分（北京时间）

地点：8号楼南座306会议室

1. **公告期限**

自本公告发布之日起5个工作日。（根据采购项目、采购方式及需求确定 3-5 个工作日）

1. **其他补充事宜**

暂无

**八、凡对本次采购提出询问，请按以下方式联系。**

采购人信息

名 称：山东第一医科大学第一附属医院

地址：济南市经十路16766号

有关参数服务要求咨询电话：0531-89269961转1（设备科） 雷老师

报名24小时内未收到采购文件咨询电话：0531-89269905（招标办）徐老师

附件一：

**报名表**

项目名称：

项目编号：                                       所投标包：

|  |  |
| --- | --- |
| 参选人名称 |  |
| 法定代表人 |  |
| 营业执照号码（统一社会信用代码） |  |
| 参选报名日期 |  |
| 委托代理人或法定代表人签字确认 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |