山东第一医科大学第一附属医院（山东省千佛山医院）臭氧治疗仪采购项目院内议价公告

1. **项目基本情况**

项目编号：YNYJ2025-046

项目名称：臭氧治疗仪采购

预算金额：48000元（人民币）

采购需求：**臭氧治疗仪：1台/48000元**

采购项目情况：本项目共分为1个包，总预算金额48000元，采购项目情况详见下表：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 采购内容 | 预算金额（元） |
| 1 | 臭氧治疗仪1台 | 48000 |

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

3.本项目的特定资格要求：无

**三、获取采购文件**

时间：2025年6月26日至2025年7月02日，每天上午8:00至12:00，下午13:30至17:30。（北京时间，法定节假日除外）

方式：邮箱获取（邮件主题请备注“项目编号+供应商公司全称”）：供应商须将加盖公章的营业执照复印件、报名表（附件一）、法定代表人身份证明或法定代表人授权委托书发至邮箱。如报名材料齐全并通过审核，院方会发送采购文件；如审核不合格，会回复具体原因。请各供应商务必核实邮件回复内容，若因此造成的采购文件领取失败、无法参加本项目的责任由各供应商自行承担。邮箱：[qfsyyzbb@163.com](mailto:qfsyyzbb@163.com)

采购文件均为免费发放，本次院内议价的报名及参与医院不收取任何费用。

**四、响应文件提交**

截止时间：2025年7月03日09点00分（北京时间）

地点：医院医学工程部2楼202会议室

1. **开启**

时间：2025年7月03日09点00分（北京时间）

地点：医院医学工程部2楼202会议室

1. **公告期限**

自本公告发布之日起5个工作日。

1. **其他补充事宜**

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（山东省千佛山医院）

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

院内议价报名等相关事项咨询电话：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 |  |