# **报价邀请函**

重庆市开州区妇幼保健院诚邀合格的供应商参与吞咽神经肌肉电刺激仪的报价。

**一、采购项目内容及基本要求**

吞咽神经肌肉电刺激仪一台：治疗吞咽功能障碍，刺激吞咽神经和肌肉，促进吞咽功能恢复。资金预算15000元。

**二、资金来源**

单位自筹资金

**三、报价供应商资格要求**

合格报价供应商应首先符合政府采购法第二十二条规定的基本条件，同时符合根据该项目特点设置的特定资格条件。

（一）基本资格条件

1.具有独立承担民事责任的能力；

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5.参加政府采购活动近三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6.法律、行政法规规定的其他条件。

（二）特定资格条件

报价供应商须具备生产或销售医疗器械的相关资格。

**四、报价有关说明**

1.凡有意参加报价的供应商，请于2024年12月10日前递交纸质件或者发送电子邮件，纸质件递交到重庆市开州区妇幼保健院医学装备科，电子邮箱524226565@qq.com，电子邮件文件命名格式为××公司吞咽神经肌肉电刺激仪报价文件，文件为加盖公司公章的PDF版.

2. 报价资料需包含推荐产品报价表（见附件）、产品资质证件（医疗器械备案表或者医疗器械产品注册证）、生产企业和报价公司资质证件、产品彩页资料等。

3.报价供应商所报产品及价格仅供医院做为采购前期市场了解的参考。

## **五、联系方式**

地 址：重庆市开州区云枫街道宝华街23号

联系人：邓老师

联系电话：023-52213266

**六、附件（重庆市开州区妇幼保健院报价表）**

重庆市开州区妇幼保健院

2024年12月5日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件  重庆市开州区妇幼保健院吞咽神经肌肉电刺激仪报价表 | | | | | | | |
| 报价公司（盖章）： |  |  | 报价时间： |  |  | 联系人及电话： |  |
| 公告设备名称 | 产品名称 | 数量（台） | 规格型号 | 生产厂家 | 主要参数及功能 | 质保期 | 报价（元） |
| 吞咽神经肌肉电刺激仪 |  | 1 |  |  |  |  |  |