**附件1：广州市干部和人才健康管理中心2025年医疗及相关设备购置项目（康复医疗设备）报价单参考版**

注：正式报价请删除无关信息，品牌和型号必填，报价后加盖公章，如有疑问可电话咨询

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 型号 | 单位 | 数量 | 报价（元） | 是否需要一次性耗材（如“是”，请填写附件2） |
| 1 | 超声及电疗治疗仪 |  |  | 台 | 1 |  |  |
| 2 | 激光低频交变磁场治疗机 |  |  | 台 | 1 |  |  |
| 3 | 短波治疗仪 |  |  | 台 | 1 |  |  |
| 4 | 整脊治疗枪 |  |  | 台 | 1 |  |  |
| 5 | 干扰电治疗仪 |  |  | 台 | 1 |  |  |
| 6 | 冲击波治疗仪 |  |  | 台 | 1 |  |  |
| 7 | 灸疗仪 |  |  | 台 | 2 |  |  |
| 8 | 艾灸仪 |  |  | 台 | 2 |  |  |
|  |  |  |

\*以上设备保修 年

售后维修服务：公司在广州是否有办事处和售后工程师，能否随时上门服务？

公司名称（请修改并加盖公章）

联系人（姓名及联系方式）

 日期： 年 月 日

**附件2：一次性耗材报价单参考版**1

设备名称： 生产厂家：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 |  |  |
| 耗材名称 |  |  |
| 招采子平台ID2 |  |  |
| 市平台药交ID码2 |  |  |
| 检查项目 |  |  |
| 医疗服务编码3 |  |  |
| 二级收费价格4 |  |  |
| 生产厂家及品牌 |  |  |
| 包装规格/型号 |  |  |
| 单位（最小单位） |  |  |
| 价格（元/盒） |  |  |
| 招采子系统价格 |  |  |
| 注册证号5 |  |  |
| 注册证有效期 |  |  |
| 耗占比 |  |  |
| 是否专机专用 |  |  |
| 备注 |  |  |

备注：1.本表填写过程中涉及金额的均为单位均为人民币元。2.建议两个平台ID均填写，如无至少填写其中一个平台的ID。3.医疗服务编码为《广州地区公立医院基本医疗服务价格汇总表》中的项目编码。4.二级收费价格为《广州地区公立医院基本医疗服务价格汇总表》中二级医疗机构的收费价格。5.填写同时提供相应耗材的三证资料作为附件。

公司名称（请修改并加盖公章）

联系人（姓名及联系方式）

日期： 年 月 日