

锦州医科大学附属第三医院
磁刺激治疗系统刺激线圈项目院内分散采购公告

项目概况

[\(锦州医科大学附属第三医院磁刺激治疗系统刺激线圈项目\)](#) 院内分散采购的潜在供应商应在[锦州医科大学附属第三医院](#)获取文件，并于 [2026 年 01 月 14 日 14 点 20 分](#)（北京时间）开启响应文件。

一、项目基本情况

项目编号：[JZYKDXFSDSYFSCG20251130](#)

项目名称：[锦州医科大学附属第三医院磁刺激治疗系统刺激线圈项目](#)

预算金额：[45000.00 元](#)

最高限价：[45000.00 元](#)

采购方式：竞争性谈判

采购需求：磁刺激治疗系统刺激线圈

交货时间：[合同签订后 15 日内安装完毕](#)

二、供应商的资格要求：

[资质要求：严格按照国家医学装备采购标准执行](#)

[1、资格证明材料（不限于营业执照、法人身份证明和授权委托书、经营许可证、生产许可证、备案凭证、授权书）](#)

2、[符合性证明材料（不限于报价一览表、分项报价表、产品技术资料）](#)

3、[其他材料](#)

三、获取响应文件

时间：[2026 年 01 月 09 日至 2026 年 01 月 12 日](#)，每天上午 8:30 至 11:00，下午 13:30 至 16:00（北京时间，法定节假日除外）

方式：网上获取

凡有意参加此项目的供应商，请于：[2026 年 01 月 09 日至 2026 年 01 月 12 日](#)止，（北京时间，节假日除外）每日上午 8 时 30 分至 11 时 00 分（北京时间，下同），下午 13 时 30 分至 16 时 00 分。将营业执照；法定代表人或授权委托人身份证明及授权委托书以上资料复印件加盖单位公章（注：盖有电子印章的无效）发送到此邮箱 duuuuuu_9@qq.com 邮件主题：[项目名称+项目编号+公司名称](#)；邮件内容：[列明公司名称、法定代表人或授权代表人姓名及联系方式](#)。材料审核通过后，向供应商邮箱发送电子版采购文件。（对于不能提供、拒绝提供或提供不清楚、不完整材料的，锦州医科大学附属第三医院拒绝受理）。

四、报名截止时间

截止时间：[2026 年 01 月 12 日 16 点 00 分](#)（北京时间）

五、开启

时间：[2026 年 01 月 14 日 14 点 20 分](#) (北京时间)

地点：[锦州医科大学附属第三医院 门诊楼负一层 105 室](#) (锦州市凌河区和平路五段 2 号)

响应文件份数：正本 1 份

六、质疑与投诉

供应商认为自己的权益受到损害的，可以在知道或者应知其权益受到损害之日起 1 个工作日内，向采购人提出质疑。

七、其他补充事宜

本项目发布媒介：锦州医科大学附属第三医院 官网

八、对本次采购提出询问，请按以下方式联系。

名称：[锦州医科大学附属第三医院](#)

地址：[辽宁省锦州市凌河区和平路五段 2 号](#)

联系人：刘老师

联系方式：[0416-3999217](#)

[锦州医科大学附属第三医院](#)

[2026年01月09日](#)