

锦州医科大学附属第三医院全自动免疫组化染色机项
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全自动免疫组化染色机项目) 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04月10日09点00分（北京时间）开启响应文件。

一、项目基本情况

项目编号：JZYKDXFSDSYFSCG20260317

项目名称：锦州医科大学附属第三医院全自动免疫组化染色机项目

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：全自动免疫组化染色机

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、营业执照或事业单位法人证书或执业许可证等证明文件或自然人的身份证明

2、法定代表人（或非法人组织负责人）身份证明书（自

然人投标的无需提供)

3、法定代表人(或非法人组织负责人)授权委托书(授权委托书人参加投标的须提供)

4、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度的承诺函

5、开标时间前六个月内任一个月的依法缴纳税收的缴款凭据复印件

6、开标时间前六个月内任一个月的依法缴纳社会保障资金的缴款凭据复印件

7、具备履行合同所必需的设备和专业技术能力声明函

8、前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明

9、信用记录

三、获取响应文件

时间：2026年04月07日至2026年04月08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04月07日至2026年04月08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04月08日16点00分](#)（北京时间）

五、开启

时间：[2026年04月10日09点00分](#)（北京时间）

地点：[锦州医科大学附属第三医院 学生公寓北侧医学保障部](#)（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：郭老师

联系方式：0416-3999217

锦州医科大学附属第三医院

2026年04月07日