厦门市中医院关于采购煎药浓缩设备的调研公告

我院近期拟就以下项目进行采购前市场调研，欢迎符合条件及资质的相关设备厂商和（或）授权供应商报名参加调研，具体如下：

1. 采购项目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 设备名称 | 规格 | 数量（台） | 预算单价（万元） |
| 1 | 液体真空浓缩机 | 30L\*2 | 2 | 3 |
| 2 | 膏方包装机 | 10~50ml | 2 | 1.37 |
| 3 | 液体包装机 | 50~250ml | 1 | 0.69 |

1. 液体真空浓缩机

用于中药汤剂、特殊药材（含有热敏易挥发成分）等的浓缩。

1. 膏方包装机

用于粘稠液等中药浓缩液的包装及膏方的包装。

1. 液体包装机

用于常规中药液的包装。

二、报名方式

请有意向参与该项目调研的企业，请按以下要求提交报名材料：

1. 截止时间：2025年 9月 12 日17:30前（以签收时间为准）。

2. 提交方式：将报名材料送达厦门市中医院后勤保障部。

3. 材料要求：纸质版材料一式两份，电子版材料一份。

4. 联系人：蔡工，联系电话：5579626，邮箱：xmszyy\_sbwzb@163.com。

三、报名材料

调研文件要求：以下所有材料需加盖供应商公章；调研文件封面需体现项目名称、供应商名称、业务联系人姓名和电话。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **材料名称** | **备注** |
| 1 | 供应商合法有效的三证（含营业执照副本复印件，税务登记证及代码证复印件，或加载有统一社会信用代码的营业执照副本复印件） |  |
| 2 | 供应商的法定代表人授权代表的身份证复印件、法定代表人针对此项目的授权委托书（法定代表人亲自参与的除外） |  |
| 3 | 可提供近三年合作的所有单位（特别是福建省内三级医院）清单及相关服务业绩证明材料（中标通知书、合同、发票等佐证材料） |  |
| 4 | 提供该项目的服务方案、合作模式等 |  |
| 5 | 供应商请制作相应的电子版方案演示，请提前准备PPT等相关资料 |  |
| 6 | 参加采购活动前三年内在经营活动中没有重大违法记录的声明 |  |
| 7 | 企业信用记录查询截图（信用中国www.creditchina.gov.cn、中国政府采购网www.ccgp.gov.cn） |  |

备注：以上资料提交时请按顺序编排目录及页码并装订成册，每份资料应逐页加盖公章或加盖骑缝章。

四、其他

审核资料合格者，视为报名成功。论证会时间通过电话另行通知，请保持手机畅通。

厦门市中医院

2025年9月5日