

## 附件 1：响应文件模板

### 法定代表人证明书

阳春市人民医院：

（姓名） 现任我单位\_\_\_\_\_职务，为法定代表人（负责人）。

特此证明。

身份证复印件：（正反面）

--	--

报价单位（单位公章）：

法定代表人（签字或盖章）：

日期： 年 月 日

## 法定代表人授权委托书

兹授权 (委托代理人姓名) 为我方委托代理人, 其权限是: 办理阳春市人民医院钬激光光纤采购项目的报价事宜。本授权书有效期一年, 自法定代表人签字之日起生效。

附:

代理人性别: 年龄: 职务:

身份证复印件: (正反面)

--	--

授权单位 (单位公章) :

法定代表人 (签名或盖章) :

委托代理人 (签名或盖章) :

日期: 年 月 日

## 报 价 函

阳春市人民医院：

我公司经研究贵院相关要求后，对阳春市人民医院钬激光光纤采购项目作出  
如下报价：

序号	器械名称	品牌	规格型号	数量	单价（元）	小计（元）	备注
1	钬激光光纤	瑞柯恩	272um	5			非一次性
合计（元）							

注：我单位承诺所供器械都是全新未使用过的医疗器械包装完好产品，质保期从  
验收合格之日起（ ）个月。

联系人： 电话：

报价单位（盖章）：

法定代表人或授权委托人（签字或签章）：

日期： 年 月 日