

## 附件 2：响应文件模板

### 报 价 函

阳春市人民医院：

我公司经研究贵院相关要求后，对阳春市人民医院转运平车等医疗设备项目作出如下报价：

序号	设备名称	品牌型号	数量	单价（元）	金额（元）
1	转运平车		4		
2	电动吸痰机		1		
3	特定电磁波治疗仪		13		
4	轮椅		4		
5	电子血压计		8		
6	喉镜（成人）		2		
7	甩体温计离心机		2		
8	肢体气压治疗仪		3		
9	气垫床		3		
10	中号治疗车		1		
11	输血加压袋		5		
12	血液配送箱		4		
13	4 折屏风		3		
14	水银血压计		1		
15	简易呼吸囊（成人）		1		
16	骨科手术反光灯		1		
17	体重称		1		
合计（元）					

注：我单位承诺所供器械都是原厂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

# 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转动平车等医疗设备项目的报价事宜。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