

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微量注射泵等医疗器械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，对阳春市人民医院微量注射泵等医疗器械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）
1	微量注射泵		双通道	5		
2	空气消毒机 空气滤网	老肯牌	KDSJ-B1000	1		
3	空气消毒机 紫外线灯管	老肯牌	ZW30D17W	25		
4	血压计袖带			7		
5	喉镜		抢救车用	1		
6	电子血压计		臂式	3		
7	心电导联线	迈瑞	epm10	9		
8	心电导联线	迈瑞	pm900	1		
9	心电监护仪 电池	上海光电	svm-7503	1		
10	电磁波治疗 器发热盘			3		
11	心电图充电 宝		10000 毫安+	2		
12	除颤仪心率 导联线	飞利浦		1		
13	心电监护仪 屏幕	深圳迈瑞	PM9000	1		
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