

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经皮黄疸测试仪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，对阳春市人民医院经皮黄疸测试仪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	经皮黄疸测试仪			1		
2	脉搏血氧饱和度仪			1		
3	阴道压力探头			1		
4	低频神经肌肉治疗仪			2		
5	红外线治疗仪			3		
6	神经肌肉刺激治疗仪导线		PHENIX USB2	15		
7	光纤喉镜			1		
8	红外接种环灭菌器			1		
9	接种棒			2		
10	镍铬合金接种环		10 μ l	100		
11	电子血压计		成人	1		
12	电子血压计		儿童	1		
13	治疗车		中号	1		
14	肢体气压治疗仪			1		
15	防护方巾		成人	2		
16	防护眼镜		成人	3		
17	车床			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