

## 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心率导联线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，对阳春市人民医院心率导联线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	血压袖带		通用型	10		
2	血压袖带		双管	6		
3	心电图机导联线		18 导	1		
3	心电导联线	迈瑞	ePM10	5		
4	指脉氧探头	迈瑞	ePM10	2		
5	指脉氧探头	迈瑞	iPM10	1		
6	指脉氧探头	飞利浦	GS20	1		
7	指脉氧探头	上海光电	SVM-7501	1		
8	转运床轮子			1		
9	电动床固定底座板			1		
10	轮椅轮胎		24 寸	6		
11	灯泡	OSRAM XBOR	180W	2		
12	滤芯		长 25.4cm×宽 6cm	3		
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