

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血压袖带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，对阳春市人民医院血压袖带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	8		
2	水银血压袖带		双管	3		
3	心电导联线	迈瑞	ePM10	7		
4	心电图机导联线		18 导	1		
5	心电导联线	飞利浦	M8105A	5		
6	电源适配器		ADP1210-01	1		
7	心电监护仪 血压延长管	飞利浦	GS20	1		
8	灯泡		12V 20W	1		
9	灯泡		15V 150W	1		
10	空气消毒机 滤网	爱益点		4		
11	空气消毒机 主板	老肯牌	LK/KJF-B100	1		
12	电动床控制 盒	Escort H3		1		
13	心电监护仪 电源板	飞利浦	P60E	1		
14	胎儿监仪胎 心探头	三瑞	SRF618B5	2		
15	胎儿监仪宫 压探头	三瑞	SRF618B5	2		
16	奥林巴斯摄 像连接线			1		
17	牵引架底座 轮子			6		
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