

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显微镜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，对阳春市人民医院显微镜等医疗器械采购项目且作出如下报价：

| 序号    | 器械名称  | 品牌   | 规格型号 | 数量 | 单价（元） | 小计（元） |
|-------|-------|------|------|----|-------|-------|
| 1     | 双目显微镜 |      |      | 2  |       |       |
| 2     | 摄像头   |      |      | 1  |       |       |
| 3     | 显微镜灯座 | 奥林巴斯 | BX41 | 2  |       |       |
| 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