

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：办理阻春市人民医院除颤监护仪电池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，对阳春市人民医院除颤监护仪电池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	除颤监护仪 电池（原装）	飞利浦	41CR19/66-2	1		
2	心电监护仪 袖带		通用（成人）	6		
3	心电监护仪 血压延长管	飞利浦	GS20	1		
4	心电导联线	迈瑞	PM900	1		
5	心电导联线	迈瑞	ePM10	5		
6	心电导联线	上海光电	SVM-7503	3		
7	指脉氧探头	上海光电	SVM-7503	5		
8	电子血压计 袖带	欧姆龙	HEM-8102K	4		
9	灌流接头		06PH	5		
10	支气管主机 灯泡	飞利浦	15V 150W	5		
11	单极电凝线			2		
12	轮椅轮胎	鱼跃	24*11/4	10		
13	蒸汽发生器 发热管	新华医疗	1500W	3		
14	灭菌器单向 阀	新华医疗	DN20（口径 6 分）	4		
15	指夹式脉搏 血氧仪			1		
16	空氧混合仪 气管接头		管径 4mm	1		
17	洗镜刷			100		
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