

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服药杯等换药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，对阳春市人民医院服药杯等换药器械采购项目且作出如下报价：

| 序号 | 手术器械名称 | 规格型号          | 数量 | 单位 | 单价（元） | 小计（元） |
|----|--------|---------------|----|----|-------|-------|
| 1  | 服药杯    | 25mm          | 8  | 个  |       |       |
| 2  | 无齿镊    | 140mm         | 96 | 把  |       |       |
| 3  | 有齿镊    | 140mm         | 6  | 把  |       |       |
| 4  | 压舌板    |               | 7  | 条  |       |       |
| 5  | 直钳     | 140mm         | 1  | 把  |       |       |
| 6  | 弯钳     | 140mm         | 28 | 把  |       |       |
| 7  | 换药碗    | 140mm         | 63 | 只  |       |       |
| 8  | 持针钳    | 140mm         | 1  | 把  |       |       |
| 9  | 弯尖剪    | 140mm         | 1  | 把  |       |       |
| 10 | 组织钳    | 140mm         | 1  | 把  |       |       |
| 11 | 持针钳    | 180，直，<br>细针  | 1  | 把  |       |       |
| 12 | 持针钳    | 180，弯，<br>粗针  | 1  | 把  |       |       |
| 13 | 弯钳     | 180mm         | 2  | 把  |       |       |
| 14 | 弯钳     | 160mm         | 27 | 把  |       |       |
| 15 | 直角钳    | 200mm         | 1  | 把  |       |       |
| 16 | 管道钳    | 200mm         | 2  | 把  |       |       |
| 17 | 无损伤钳   | 200mm         | 2  | 把  |       |       |
| 18 | 无损伤钳   | 160mm×<br>110 | 1  | 把  |       |       |
| 19 | 无损伤钳   | 140mm         | 1  | 把  |       |       |
| 20 | 小儿拉钩   | 125mm         | 2  | 把  |       |       |
| 21 | 薄剪     | 200mm         | 1  | 把  |       |       |

|       |            |                         |    |   |  |  |
|-------|------------|-------------------------|----|---|--|--|
| 22    | 直圆剪        | 180mm                   | 1  | 把 |  |  |
| 23    | 无损伤镊       | 200mm                   | 1  | 把 |  |  |
| 24    | 胸腔镊        | 200×2，<br>直，无损伤         | 1  | 把 |  |  |
| 25    | 主动脉侧壁<br>钳 | 160×18                  | 1  | 把 |  |  |
| 26    | 手术刀柄       | 3#                      | 2  | 把 |  |  |
| 27    | 乳突牵开器      |                         | 1  | 把 |  |  |
| 28    | 主动脉阻断<br>钳 | 160，直                   | 2  | 把 |  |  |
| 29    | 皮管钳        | 220                     | 2  | 把 |  |  |
| 30    | 分离结扎钳      | 180×15×<br>90°角弯，<br>全齿 | 1  | 把 |  |  |
| 31    | 主动脉阻断<br>钳 | 120，弯                   | 1  | 把 |  |  |
| 32    | 中弯盘        |                         | 20 | 把 |  |  |
| 33    | 拆线剪        | 160mm                   | 5  | 把 |  |  |
| 34    | 弯尖剪        | 160mm                   | 5  | 把 |  |  |
| 35    | 直尖剪        | 160mm                   | 5  | 把 |  |  |
| 36    | 输尿管取石<br>钳 |                         | 5  | 把 |  |  |
| 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