

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维修宾得电子支气管镜项目的报价事宜。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，对阳春市人民医院维修宾得电子支气管镜项目作出如下报价：

序号	设备名称	品牌	型号	故障	数量	单价（元）
1	电子支气管镜	宾得	G122279	图像画面闪屏	1 项	
合计（元）						

注：以上报价包含但不限于维修费、配件费用、运输费、差旅费及保修期费用等含税价。采购人不再支付任何其它费用。

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