

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门诊宫腔镜检查系统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，对阳春市人民医院门诊宫腔镜检查系统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     | 门诊宫腔镜检查系统 | 要求国产品牌 |      | 1 套 |       |       |
| 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