

## 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测氧仪电池等配件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，对阳春市人民医院测氧仪电池等配件采购项目作出如下报价：

序号	设备名称	配件名称	品牌/规格型号	数量	单价（元）	小计（元）
1	单人医用氧气加压舱	测氧仪电池	上海七零一 SHC900GD	1 个		
2	单人医用氧气加压舱	电脑控制主板	上海七零一 SHC900GD	1 块		
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