

附件 2：报名文件模板

法定代表人证明书

报名单位：

地 址：

(姓名)系(报名单位)的法定代表人。

特此证明。

附：身份证复印件正反面

投标人（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维修飞利浦 Q5 彩超项目的报名事宜。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：
身份证号码：

附：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:

我司经研究有关资料及相关要求后，对阳春市人民医院维修飞利浦 Q5 彩超项目作出如下报价:

设备名称	故障	维修报价 (元)	质保期	备注
飞利浦 Q5 彩超	开机报 607 故障			

备注: 本报价为排除飞利浦彩超 Q5 开机报 607 故障, 设备正常使用的配件、人工及质保期费用全包含税价。

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

附件 3: 报名单位营业执照 (复印件) 加盖公章

附件 4:

资信承诺书

阳春市人民医院:

我单位在参加 阳春市人民医院维修飞利浦 Q5 彩超项目的报名活动中, 郑重承诺如下:

- 1、我方报名的所有资料都是真实、准确、完整的;
- 2、我方无资质挂靠公司等违法经营行为;
- 3、我方没有被各级行政主管部门做出停止市场行为的处罚;
- 4、若我方中标, 将严格按照规定及时与贵司签订合同;
- 5、若我方中标, 将严格按照所承诺的报名等内容组织实施。

若我方违反上述承诺, 被贵院发现或被他人举报查实, 无条件接受贵院作出的不良行为处罚。对造成的损失, 任何法律和经济责任完全由我方负责。

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