

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真空泵等医疗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，对阳春市人民医院真空泵等医疗器械采购项目且作出如下报价：

| 序号    | 名称             | 适配设备                      | 规格型号     | 数量 | 单价（元） | 小计（元） |
|-------|----------------|---------------------------|----------|----|-------|-------|
| 1     | 真空泵            | 过氧化氢低温<br>等离子灭菌器<br>（凯斯普） | CASP-120 | 1  |       |       |
| 2     | 铅橡胶防护<br>衣（成人） |                           | 蓝色无袖     | 2  |       |       |
| 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