

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飞利浦无创呼吸机维修项目的报价事宜。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，对阳春市人民医院飞利浦无创呼吸机维修项且作出如下报价：

包号	设备品牌名称	型号	故障现象	技术要求	数量	单价(元)	小计(元)
1	飞利浦无创呼吸机	V60	报重复吸入 CO2	1 所换配件能与仪器配套并能正常使用。 2 要求能修复并正常使用 3. 维修更换配件保修时限应大于 6 个月	1 台		
2	飞利浦无创呼吸机	V60	无法关机	1 所换配件能与仪器配套并能正常使用。 2 要求能修复并正常使用 3. 维修更换配件保修时限应大于 6 个月	1 台		
合计(元)							

注：我单位承诺所供配件都是全新未使用过的零配件，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