

## 附件 2：采购报价文件模板

### 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维修水处理设备项目的报价事宜。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，对阳春市人民医院维修水处理项目且作出如下报价：

序号	配件名称	数量	单价（元）	金额（元）	质保期
1	纯化柱	4 组			
2	进口品牌反渗透膜	1 支			
3	过滤器	3 组			
4	预处理压力表	1 个			
5	反渗透压力表	2 个			
合计（元）					

注：1. 我单位所报价格包含配件费、运输费、装卸费、保险费、税费、安装调试费、验收和质保期等一切费用，包含全额含税发票及项目实施过程中的不可预见费用等，甲方不用支付任何其他费用。

2. 我单位响应采购人更换配件质保期时间要求。

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