

附件 3：询价报价文件模板

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彩色多普勒超声诊断仪等设备检测项目的报价事宜。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，对阳春市人民医院彩色多普勒超声诊断仪等设备检测项目作出如下报价：

设备名称	检测项目	数量	单价（元）	合计（元）
1. 彩色多普勒超声诊断仪	1、外观及各功能键； 2、输出声强； 3、探测深度； 4、侧向分辨力靶群深度； 5、轴向分辨力靶群深度； 6、盲区； 7、囊性病灶直径误差； 8、几何位置示值误差。	15		
2. 离心机	1、外观及各功能键； 2、转速。	4		
合计金额（元）：				

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