

## 附件 1：响应文件模板

### 报 价 函

阳春市人民医院：

我公司经研究贵院相关要求后，对阳春市人民医院电动病床轮子等医疗设备配件项目作出如下报价：

序号	故障设备品牌型号	采购配件名称	数量	单价 (元)	小计 (元)
1	深圳美格尔 Escort H3 型医用电动病床	病床轮子	2		
2	上海光电 SVM-7501 型病人监护仪	心电导联线	1		
3	上海光电 SVM-7501 型病人监护仪	血氧饱和度探头	1		
4	深圳迈瑞 ePM10 型病人监护仪	心电导联线	11		
5	深圳迈瑞 iPM10 型病人监护仪	心电导联线	3		
6	飞利浦金科威 P60E 型病人监护仪	心电导联线（3 导联）	6		
7	欧姆龙电子血压计	血压袖带	2		
8	病人监护仪（通用）	血压袖带（成人）	11		
9	欧美达麻醉监护仪	成人袖带（单管带接头）	5		
10	欧美达麻醉监护仪	儿童袖带（单管带接头）	5		
11	欧美达麻醉监护仪	加压袋	5		
12	特定电磁治疗仪	发热盘	27		
13	治疗车	长立柱	30		
14	治疗车	短立柱	1		
15	喉镜	灯泡	6		
16	深圳邦健 iE12 型车载心电图机	打印头	1		
17	深圳邦健 iE12 型车载心电图机	心电图导联线	1		
18	三瑞牌脐血流仪	脐血流探头	1		
19	鱼跃牌 7C 电动流产人流机	人流机脚踏	1		
20	眼科无影灯	无影灯灯泡	10		
21	德尔格 VN500 型呼吸机	压缩机北京神鹿腾飞， LF5000 型	1		
22	救护车氧气表	墙插式德标湿化瓶供 氧流量表	2		
合计：（元）					

注：我单位承诺供应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

# 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电动病床轮子等医疗设备配件项目的报价事宜。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