

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撕囊镊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，对阳春市人民医院撕囊镊等医疗器械采购项目且作出如下报价：

序号	器械名称	品牌	规格型号	数量	单价（元）	小计（元）	备注
1	撕囊镊		Y-F300C 2.2	5 把			
2	撕囊镊		Y-F300BN 1.8	5 把			
3	系线镊		Y-F101A	10 把			
4	眼科结扎镊		Y-F201A. 12	10 把			
5	囊膜剪		Y-S503	5 把			
6	金属硅油针头		23G	10 支			
7	树脂雕刻刀（柳叶刀）			5 把			
8	弯钳			5 把			金钟
9	小剪刀		小号	5 把			
10	牙龈分离器			3 把			
11	美学树脂充填器		CT-3	2 把			敏新
12	美学树脂充填器		CT-5	4 把			敏新
13	活检钳			2 把			
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