

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气垫泵垫片等配件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，对阳春市人民医院气垫泵垫片等配件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）
1	气垫泵垫片	上海三和	YQ-P	6		
2	纤支镜钳道帽	宾得	0F-B190	3		
3	电子支气管镜主机灯泡	飞利浦	15V 150W	2		
4	紫外线灯管	ZW20S	19W	1		
5	水银血压计袖带(双管)	江苏鱼跃	台式	3		
6	心电监护仪心率导联线	迈瑞	IPM10	7		
7	心电监护仪心率导联线	飞利浦	GS20	2		
8	真空泵滤芯	北仪优成	TRP-36	4		
9	麻醉机风箱皮囊	迈瑞	A5	5		
10	充电宝	华为		2		
11	发热盘		直径 9.5cm	21		
12	心电监护仪心率导联线	迈瑞	ePM10	1		
13	心电监护仪袖带	通用型		7		
14	车载心电图机导联线	迈瑞	BeneHeart R3	1		
15	诊断照明灯灯泡	苏美	24v 25w	2		
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