

## 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轮椅坐垫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，对阳春市人民医院轮椅坐垫等配件采购项目作出如下报价：

序号	设备名称	品牌型号	配件名称	数量	单价(元)	小计(元)
1	轮椅	鱼跃 H005	坐垫	2 个		
2	转运车	山东荣威 SHD-601	液压升降器	2 个		
3	真空泵	Leybon1 LV0 100, 5L/瓶	润滑油	2 瓶		
4	蒸汽发生器	山东新华 1500w	发热管	2 个		
5	清洗消毒器	山东新华 M-320	打印头	2 个		
6	冷光源系统	STORZ PE300BFA	冷光源灯泡	2 个		
7	PT 床	LINAK DK-640	电机	1 个		
8	脑电图仪	SYMTOP uEA-32BZ	耳夹电极线一体带插孔式导联线	4 条		
9	脑电图仪	SYMTOP uEA-32BZ	鳄鱼夹插孔式电极线	20 条		
10	心电监护仪	迈瑞 iPM10	血氧饱和度导联线(一体式)	1 条		
11	心电监护仪	迈瑞 ePM10	血氧饱和度导联线(一体式)	2 条		
12	心电监护仪	迈瑞 ePM10	心率导联线	5 条		
13	心电监护仪	迈瑞 iPM10	蓄电池	1 个		
14	神经肌肉刺激治疗仪 (盘底功能诊断治疗仪)	杉山 PHENIX USB2	导联线	10 条		
15	空气波压力治疗仪	博奥 IC-1545-DL	脚套	4 个		
16	空气波压力治疗仪	衡水冠运 KZY-APC-A1	旋钮开关	1 个		
17	病人监护仪	飞利浦 M8105A	血氧饱和度导联线(一体式)	10 条		
18	病人监护仪	飞利浦 M8105A	血压袖带	10 条		
19	心电图机	广州迪迈 DMS300-BTT02	心电导联线	1 条		
<b>合计(元)</b>						

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