**余姚市第三人民医院16排CT维保服务项目**

**报价文件**

**报价文件**

**递交人（公章）：**

**递交人法定代表人**

**或其委托代理人（签字）：**

**年 月 日**

（二）代表人委托书格式

**一、法定代表人证明**

（法定代表人参加询价，须出示此证明）

余姚市第三人民医院：

我单位法定代表人 　　　 参加贵单位组织的16排CT维保项目市场调研活动，全权代表我单位处理询价的有关事宜。

附法定代表人情况：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

身份证号码：

详细通讯地址：

电话： 传真：

邮政编码：

单位名称（公章） 法定代表人（签字）

年 月 日 年 月 日

法定代表人身份证复印件

（粘贴此处）

**二、法定代表人授权委托书**

（委托代理人参加询价，须出示此证明）

余姚市第三人民医院：

兹委托 　　　 参加贵单位组织的16排CT维保项目市场调研活动，全权代表我单位处理招标的有关事宜。

附全权代表情况：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

身份证号码：

详细通讯地址：

电话： 传真：

邮政编码：

法定代表人（签字）

单位名称（公章）

年 月 日

委托代理人身份证复印件

（粘贴此处）

供应商业绩情况一览表

项目名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 采购单位名称 | 产品或项目名称 | 采购数量 | 合同金额  （万元） | 附件页码 | | 采购单位联系人及  联系电话 |
| 合同 | 验收报告 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 备注 | 提供投标人同类项目合同复印件、用户验收报告（如有）。 | | | | | |

供应商（单位电子公章）：

法定代表人（经营者）

或其委托代理人（签字或盖章）：

年 月 日

**（三）报价文件**

**投标报价单**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **余姚市第三人民医院16排CT维保服务项目** |
| **投标报价**  **（总价，元）** | （人民币，小写）： |
| **（人民币，大写）：** |
| **合同服务期限** |  |
| **备注** | */* |

报价方法定代表人（或委托代理人）签字： 日期：