

## 附件 1：公司资质要求

- 1、报价公司要求提供营业执照、医疗器械经营许可证、第二类医疗器械经营备案凭证复印件并盖公章。
- 2、提供法定代表人证明书及身份证复印件、法定代表人授权委托书及身份证复印件，并加盖公章。

## 附件 2:参数需求

彩色多普勒 MC7-2 探头技术参数要求：

1. MC7-2 探头频率范围：2.0-7.0MHZ，具备中央刻度设计；
2. 支持微视血流成像技术，可捕捉传统多普勒无法捕捉的血流信号，可提高视觉对比度，以达到精确诊断，减少误诊的目的。
3. 支持高帧频造影模式。
4. 最大扫查深度 $\geq 30\text{CM}$ ；
5. 最少扫查面 $\leq 1.6\text{CM}$ ，可以对超薄肋间、锁骨上窝、剑突下等困难部位扫查、进针。
6. 无针式小接口，可用于飞利浦 EPIQ 5 及 EPIQ 时 7 主机接口。

## 附件 3：询价报价文件模板

附件 1:

## 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

# 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 XXXXXX 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

附件 2:

## 报 价 函

阳春市人民医院:

我公司经研究贵院询价参数及相关要求后,对阳春市人民医院 XXXXXX 项目作出如下报价:

(报价明细可另附表格)

交货期:

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

附件 3: 报价单位营业执照 (复印件) 加盖公章

附件 4：医疗器械经营许可证（复印件）加盖公章

附件 5：医疗器械经营备案凭证（复印件）加盖公章

附件 6:

## 资信承诺书

阳春市人民医院:

我单位在参加阳春市人民医院 XXXXXX 项目的报价活动中，  
郑重承诺如下：

- 1、我方报价的所有资料都是真实、准确、完整的；
- 2、我方无资质挂靠公司等违法经营行为；
- 3、我方没有被各级行政主管部门做出停止市场行为的处罚；
- 4、若我方中标，将严格按照规定及时与贵司签订合同；
- 5、若我方中标，将严格按照所承诺的报价等内容组织实施。

若我方违反上述承诺，被贵院发现或被他人举报查实，无条件接受贵院作出的不良行为处罚。对造成的损失，任何法律和经济责任完全由我方负责。

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