

附件 1：公司资质要求

- 1、报价公司要求提供营业执照复印件并盖公章。
- 2、提供法定代表人证明书、法定代表人授权委托书，并加盖公章。
- 3、报价公司必须进行分项报价。

附件 2：64 排 CT 等医疗设备清单及维保方案

科室	设备名称	规格/型号	品牌	数量	服务期	设备原值（元）	购进日期	维保服务范围
CT 室 /MRI 室	计算机断层扫描 装置（64 排 CT）	SOMATOM Definition AS	西门子	1 台	3 年	13980000	2013-3-1	整机全保（含第三方工 作站、球管、探测器、 高压发生器、配套的一 台高压注射器）
CT 室 /MRI 室	超导型磁共振成 像系统(MRI)	超导型	SIEMENS	1 台	3 年	14696418	2010-8-25	整机全保（含第三方工 作站、制冷系统、线阀、 液氦、磁体）
放射科	移动式数字摄影 X 线系统	MUX-100DJ	岛津	1 台	3 年	2046000	2011-6-29	整机全保（含球管、探 测器、高压发生器）
放射科	医用 X 射线摄影 装置	AXIOM Aristos VX Plus	SIEMENS	1 台	3 年	3632320	2008-11-15	整机全保（含球管、探 测器、高压发生器）

备注：含全院医疗设备管理系统 1 套。

附件 3：询价报价文件模板

法定代表人证明书

报价单位：

地 址：

(姓名)系(报价单位)的法定代表人。

特此证明。

投标人(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_____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：
身份证号码：

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：

我司经研究有关资料及相关要求后，对_____项目

作出如下报价：

（报价明细可另附表格）

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