**附件1**

安阳市眼科医院

全自动生化分析仪维护保养服务询价采购

**报价文件**

正（副）本

报 价 人 名 称：

 （加盖企业公章）

采 购 编 号：

项 目 名 称：

年 月 日

**附件2**

**报价一览表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 项目报价 |
|  | 小写： 大写：  |
|  |  |
| 投标人（公章）：法定代表人或其委托代理人（签字或盖章）：年 月 日 |

以上报价内容包括：报价一览表中报价为符合采购单位相关要求的项目总价（含税等费用）。

**附件3**

 **2020年以来同类业绩汇总表**

项目名称： 采购编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **合同金额** | **联系人** | **联系号码** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：报价人可按此表格式复制，报价人需附上合同或成交通知书，复印件需加盖公章。**

报价人全称（盖章）：

代表（签字）：

日期： 年 月 日

**附件4**

 **资格证明文件**

**（1）法定代表人授权书**

安阳市眼科医院医院：

 （报价人全称）法定代表人 授权 （全权代表姓名）为全权代表，参加采购编号 项目名称 的报价活动，全权代表我方处理采购活动中的一切事宜。

法定代表人 (签字)：

 报价人全称（公章）：

 日期： 年 月 日

附：

授权代表姓名（签字）：

 身份证：

职务：

详细通讯地址：

手机：

电话：

传真：

邮政编码: