**附件1**

**遵义市传染病医院（遵义市第四人民医院）医学教具市场价格咨询**

**报名资料**

**投标人（公章）：**

**投标人法定代表人或其委托人（签字）：**

**联系电话：**

**年 月 日**

**附件2**

**营业执照及相关资质材料**

**附件3**

**法定代表人身份证明**

投标人名称：

单位性质：

地 址：

成立时间：

经营期限：

单位电话：

姓名： ，性别： ，年龄： ， 职务： ，

系 （投标人名称）的法定代表人。

特此证明

附：法定代表人身份证（正反面）复印件或扫描件

投标人： （盖单位章）

年 月 日

**附件4**

**法定代表人委托书**

致：遵义市传染病医院（遵义市第四人民医院）

兹委托我公司职员 同志参加贵单位组织的采购活动，项目名称： “遵义市传染病医院（遵义市第四人民医院）医学教具市场价格咨询” ，代表我公司全权处理此次采购的有关事宜。

被委托人：

姓 名： ， 性 别： ，年 龄：

身份证号码：

详细通讯地址：

电 话：

邮政编码：

单位名称（公章） 法定代表人（签字）

年 月 日 年 月 日

委托代理人身份证图片 法定代表人身份证图片

（粘贴处） （粘贴处）

**附件5**

**教具图片、参数及报价**

说明：需提供拟供医学教具的图片及参数。报价函无固定模板，投标人根据项目情况自行拟定。

\*注： 1.以上报价包含完成本项目的全部费用。

2.报价有效期为60个日历天(从投标截止之日算起)。

3.此表经签字盖章后生效。

投标单位名称：

法人或授权代表人（签字）：

日 期：

**附件6**

**承诺函**

说明：该承诺函无固定模板，对具有履行合同所必需的设备和专业技术能力进行承诺，内容自行拟定。