**附件1：询价资料**

**（一）法定代表人身份证明书**

供应商名称：

注册号：

注册地址：

成立时间：

经营期限：

经营范围：

姓名： 性别： 年龄： 系 （供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 法定代表人二代身份证复印件（反面） |

供应商名称： （盖单位章）

日期： 年 月 日

**（二）授权委托书**

本人 （姓名）系 （应选人名称）的法定代表人，现委托 （姓名、职务）为我方委托代理人。委托代理人根据授权，以我方名义签署长沙市中心医院西门子双源CT维保项目询价函和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限：至本项目结束。

委托代理人无转委托权。

附：法定代表人及委托代理人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 法定代表人二代身份证复印件（反面） |

|  |  |
| --- | --- |
| 委托代理人二代身份证复印件（正面） | 委托代理人二代身份证复印件（反面） |

营业执照副本复印件

供应商名称： （盖单位章）

法定代表人： （盖章）

委托代理人： （签字）

日期： 年 月 日

**（三）营业执照副本复印件**

注：提供营业执照副本复印件并加盖投标人单位公章

**（四）招标采购项目询价函**

一、投标报价表 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 服务名称 | 单价/年 | | 服务期限 | 总价 |
| 1 | 长沙市中心医院西门子双源CT维保项目 | 西门子双源CT（SOMATOM  Force） |  | | 3年 |  |
| 西门子MAGNETOM Sempra 1.5T MRI |  | | 3年 |  |
| 合计金额人民币（大写）： | | | | | （小写）： 元 | |
| 二、采购需求响应：全部响应 | | | | | | |
| 三：投标人服务优势： | | | | | | |
| 四、投标人以往类似案例介绍（如有）： | | | | | | |
| 投标人名称（盖章）： | | | | 授权代表（签字）： | | |
| 投标人地址： | | | | 电话： | | |
| 报价时间： 年 月 日 | | |