附件1:

**南江县人民医院**

**中性多酶清洗剂采购询价报名表**

公司名称： 联系电话：

授权代表： 授权期限：

|  |  |
| --- | --- |
| 品牌 |  |
| 生产厂家 |  |
| 生产厂家是否中小企业 |  |
| 安装环境、设施要求 |  |
| 到货时间（签订合同后） |  |

附件2:

**承 诺 函**

南江县人民医院：

经研究，我方决定参加贵单位 项目的市场调研及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，最低报价不是比选的唯一条件，贵单位有选择性价比高的产品的权利。

4、我方愿按《中华人民共和国合同法》履行自己的全部责任。

5、我方同意遵守贵单位有关市场调研的各项规定。

公司名称（公章）:

授权代表签字：

年 月 日

附件3：

**法定代表人授权委托书**

南江县人民医院：

 （报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次项目市场调研活动的一切事宜。

特此授权。

公司名称（公章）:

法定代表人签字：

授权代表签字：

年 月 日

附件4:

**中性多酶清洗剂采购询价报价表**

公司名称（盖章） 年 月 日

报价人签名： 报价人联系电话:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 品名 | 品牌 | 型号 | 参数 | 单价（元） | 数量 | 小计 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |

注：本表格可根据实际情况增减行