附件1：

**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：办理广东省人民医院射线装置防护机房环评卫评咨询服务的报价事宜。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

附件2：

**报 价 函**

广东省人民医院：

我司经研究有关资料及相关要求后，对广东省人民医院射线装置防护机房环评卫评咨询服务作出如下报价：

人民币 万元整（小写：XXXX元）。具体如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称、数量** | **卫评报价（万元）**  （含预评价、检测费、控效评、验收、诊疗证办理等） | **环评报价（万元）**  （含环评备案、环评批复、验收、辐安证办理等） | **本项费用（万元）** |
| 1 | 伟伦楼首层DR（1台） |  |  |  |
| 2 | 伟伦楼三层DR（1台） |  |  |  |
| 3 | 伟伦楼二层CT（2台） |  |  |  |
| 4 | 伟伦楼五层ECT/CT（1台） |  |  |  |
| 5 | 伟伦楼八层C臂（1台） |  |  |  |
| 6 | 伟伦楼九层C臂（1台） |  |  |  |
| 7 | 东二号楼负一层DSA（4台） |  |  |  |
| 8 | 东二号楼负一层C臂(1台） |  |  |  |
| 9 | 平洲分院CT（1台） |  |  |  |
| 10 | 骨密度仪（1台） |  |  |  |

报价依据：

**工期安排：**1.卫生预评价报告编制时间：XX天；卫生控效评报告编制时间：XX天。2.环评报告表编制时间：XX天；环评验收报告编制时间：XX天。

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

附件3：

**资信承诺书**

广东省人民医院：

我单位在参加广东省人民医院射线装置防护机房环评卫评咨询服务的报价活动中，郑重承诺如下：

1、我方申报的所有资料都是真实、准确、完整的；

2、我方无资质挂靠等公司经营违法行为；

3、我方没有被各级行政主管部门做出停止市场行为的处罚；

4、若我方中标，将严格按照规定及时与贵司签订合同；

5、若我方中标，将严格按照所承诺的报价等内容组织实施。

若我方违反上述承诺，被贵司发现或被他人举报查实，无条件接受贵司作出的不良行为处罚。对造成的损失，任何法律和经济责任完全由我方负责。

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

附件4：拟派人员名单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **职称** | **备注** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |