附件：

**衢江区中医院医共体高家分院医用分子筛制氧系统采购项目**

**询价响应文件**

供应商名称： （加盖公章）

法定代表人： （签字或盖章）

二〇二二年 月 日

**法定代表人身份证明**

供应商名称：

单位性质：

地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （投标人名称）的法定代表人。

特此证明。

供应商： （盖单位公章）

年 月 日

**法定代表人授权委托书**

致：衢江区中医院

（供应商全称） 法定代表人 授权 （供应商代表名称）为全权代表，参加贵单位组织的 （项目名称），其在采购中的一切活动本公司均予承认。

供应商（盖章）：

法定代表人（盖章或签字）：

二○二二年 月 日

供应商代表姓名： （签字或盖章）

职务： 手机号码：

详细通讯地址：

传真： 电话： 邮编：

**报价一览表**

项目名称： 金额单位：人民币（元）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 工作内容 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 合价  （元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
|  | 合计 | 1+2+3 | | |  |  |
| 投标总价（人民币小写） | |  | | | | |
| 投标总价（人民币大写） | |  | | | | |
| 完成时间 | |  | | | | |

供应商全称（盖章）：

供应商代表（盖章或签字）：

日 期：

产品报价明细表

单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 规格 | 数量 | 单位 | 全费用单价 | 合价 |
| 1 | 制氧机 |  | 1 | 台 |  |  |
| 2 | 空气压缩机（内置） |  | 1 | 台 |  |  |
| 3 | 冷干机（内置） |  | 1 | 台 |  |  |
| 4 | 初级过滤器（内置） |  | 1 | 台 |  |  |
| 5 | 精密过滤器（内置） |  | 1 | 台 |  |  |
| 6 | 细菌过滤器（内置） |  | 1 | 台 |  |  |
| 7 | 氧纯度分析仪（内置） |  | 1 | 个 |  |  |
| 8 | 数字流量计（内置） |  | 1 | 个 |  |  |
| 9 | 碳钢空气贮存缸（内置） |  | 1 | 台 |  |  |
| 10 | 控制柜 |  | 1 | 台 |  |  |
| 11 | 自动转换汇流排系统 |  | 1 | 套 |  |  |
| 12 | 安装材料超级主管路 |  | 1 | 套 |  |  |

供应商全称（盖章）：

供应商代表（盖章或签字）：

日 期：