★★注：资质材料里，附件1信息只需填写至市场情况；报价资料里，附件1信息填写完整。

附件 1

 （项目编号） （项目名称） 报价清单

(所有内容请务必正确、完整填写，以下表格内容均为必填项)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 品名 | 规格型号 | 生产厂家 | 注册证号/生产企业卫生许可证号 | 包装单位 | 市场情况 | 公司最终价（元） | 备注 |
| 注册名称 | 通用名称 | 重庆药交所产品挂网编码 | 重庆药交所产品交易参考价 | 重庆三甲医院供货价 | 其他市场情况 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |

 配送企业代表签字（盖章）：

 联系人及联系方式：

 日期：

 附件2

法定代表人授权书

本授权书声明：注册于（公司地址）的（公司名称）公司的（法人姓名、职务）代表本公司授权（被授权人所在单位）的（被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代理人，在中国人民解放军陆军军医大学第二附属医院（重庆新桥医院）**项目编号为（项目编号）的（项目名称）**采购活动中，以本公司名义负责就所供应医用耗材（试剂）处理一切与之有关的事物，包括提交资质文件、确认相关信息、签订并执行采购协议、提供售后服务等。

本授权书于 年 月 日签字生效，有效期至采购周期截止，特此声明。

电话传真：

地址邮编：

配送企业法定代表人：姓名： 手机号：

代理人（被授权人）：姓名： 手机号：

代理人（被授权人）身份证号码：

附：配送企业法定代表人和代理人（被授权人）身份证复印件

法定代表人身份证复印件

（反面）

法定代表人身份证复印件

（正面）

授权代表身份证复印件

（反面）

授权代表身份证复印件

（正面）

配送企业法定代表人签字：

代理人（被授权人）签字：

 授权日期：

 配送企业名称（盖章）：

注：授权书后应当附授权代表在报名前4个月内（不含报名当月）连续3个月由报名供应商缴纳社保证明材料。