**报价书**

苏州市第五人民医院：

我公司认真研究了贵院报废一批固定资产公开处置的招标文件，愿意遵守招标文件的所有要求，承担招标文件规定的中标单位的全部责任和义务。

我单位愿意以人民币 (¥ 元)完成此项目。

 单位名称（盖章）：

 法人或授权委托人（签字或盖章）：

 日期：

**附件1：**

**苏州市第五人民医院报废资产处置（回收）**

**报名文件**

**项目名称：苏州市第五人民医院报废资产处置（回收）**

**投标人名称（加盖公章）：**

**联系人姓名：**

**联系电话（手机）：**

**座机：**

**E-mail：**

**日 期：     年     月    日**

**附件2：**

**法定代表人资格证明书**

**苏州市第五人民医院：**

                 同志，现任我单位         职务，联系手机：            ，为法定代表人，代表我单位参与贵单位以下项目的采购活动，特此证明。

项目名称：苏州市第五人民医院报废资产处置（回收）

|  |  |
| --- | --- |
| **法定代表人身份证****复印件正面粘贴处** | **法定代表人身份证****复印件反面粘贴处** |

法定代表人（亲笔签名或签章）：

签发日期：      年    月    日

单位名称（加盖公章）：

说明：

1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.须提供第二代居民身份证双面复印件，并加盖购买人公章。

**附件3：**

**法人授权书**

**苏州市第五人民医院：**

我单位特授权委任          (姓名)现职员工，作为我方代表，参与贵方的采购项目，对该代表人所提供、签署的一切文书均视为符合我方的合法利益和真实意愿，我方愿为其行为承担全部责任。

项目名称：苏州市第五人民医院报废资产处置（回收）

有效期限：自本单位盖章之日起生效。

公司名称（加盖公章）：

法定代表人（亲笔签名或签章）：

授权代理人（亲笔签名）：               ，

联系手机电话：

授权生效日期：        年    月    日

|  |  |
| --- | --- |
| **授权代理人身份证****复印件正面粘贴处** | **授权代理人身份证****复印件反面粘贴处** |

说明：1.本授权书内容不得擅自修改。

2.须提供第二代居民身份证双面复印件，并加盖投标人公章。

3.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

投标人不串标、不围标承诺书

 公司：

 我公司郑重承诺在此次招投标项目中不存在串

标、围标等有关违规、违法行为。

如发现存在围标、串标等违规行为我公司愿意接

受相关规定处罚。

投标人：（盖章）

 法定代表人或委托代理人：（签字）

 日期：