## 附件：

**保亭黎族苗族自治县人民医院**

**（保亭黎族苗族自治县医疗集团总医院）**

**泌尿手术输尿管镜维修项目询价采购清单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **泌尿手术输尿管镜清单** | | | | | | |
| 序号 | 设备名称 | 生产厂家 | 型号 | 数量 | 更换配件维保年限 | 总额（元） |
| 1 | 泌尿手术输尿管镜 | 德国狼牌 | 8703.534 | 2 | 6个月 |  |
| 合计金额（元） | | 大写： 小写： | | | | |

以上报价已包含税费，以及因维修服务所需更换的零配件、人工费、辅料费和运输安装等产生的其他相关费用。

报价单位：（盖章）

联 系 人： 身份证号：

## 电 话： 日 期：2025年 月 日

## 

**服务参数要求**

1、维修公司在海南省内须有驻点工程师。

2、中标后公司需能在一周内维修好后正常使用。

3、对所更换的配件保修期6个月（人为损坏及不可抗拒的自然因素除外）。

**法定代表人授权书格式**

**法定代表人授权书**

**致保亭黎族苗族自治县人民医院：**

兹授权： 先生/女士作为我公司的合法授权代理人，参加保亭黎族苗族自治县人民医院组织的泌尿手术输尿管镜维修项目(采购编号：BYXJ-2025047）采购活动。

**授权权限：**全权代表本公司参与上述项目的采购活动，并负责一切响应文件的提供与确认，其签字与我司公章具有相同的法律效力。有效期限：与件中标注的投标有效期相同，自法定代表人签字之日起生效。

被授权人： （亲笔签名） 联系电话：

职 务： 身份证号码：

公司名称： （公章） 营业执照号码：

法定代表人： （亲笔签名） 联系电话：

职 务： 身份证号码：

生效日期：2025年 月 日

**法定代表人**

**居民身份证复印件粘贴处**

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

**注：本授权书内容不得擅自修改。**