**报价单**

供应商名称（公章） 金额单位：元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 单位 | 数量 | 响应单价（元/月） | 响应总价（元/年） |
| 1 | 赣州市妇幼保健院赣康路院区、章江北院区病媒生物防制服务 | 年 | 1 |  |  |

法定代表人（签字）：

联系人及电话： 年 月 日

**法定代表人证明书**

**单位名称：**

**地 址：**

**姓 名： 性别： 年龄： 职务：**

**身份证号码：**

**系 的法定代表人。为**

**项目签署投标文件、进行合同谈判、签署合同和处理与之有关的一切事务。**

**特此证明。**

**单位：（盖章）**

**日期： 年 月 日**

**法定代表人授权委托书**

赣州市妇幼保健院：

兹授权 同志为我公司参加贵单位组织的 （项目名称）采购活动的法定代表人，全权代表我公司处理该项目的一切事宜。代理期限从 年 月 日起至 年 月 日止（代理期限不少于30日）。

授权单位名称（公章）：

法定代表人（经营者）（签字）：

签发日期： 年 月 日

附：代理人工作单位：

职务： 性别：

身份证号码：

|  |
| --- |
| 粘贴法定代表人（经营者）及被授权人身份证（复印件正、反两面加盖公章） |

# ****营业执照（复印件加盖公章）****

|  |
| --- |
| 粘贴有效证明（复印件加盖公章） |

**提供中国卫生有害生物防制协会或江西省有害生物防制服务能力评级达B级（含）以上能力证书**

|  |
| --- |
| 粘贴有效证明（复印件加盖公章） |