### 附件2

### 一、报价表

项目名称：泉州市中医院档案室移动密集架询价

货币单位：人民币元

总报价 人民币（大写）：

人民币（小写）：

供应商名称（加盖公章）：

供应商代表（签字）：

日 期： 年 月 日

### 二、承诺书

**致：泉州市中医院**

根据贵方为项目的邀请，本签字代表（全名）

获得正式授权并代表投标供应商（投标供应商单位名称、地址提交本次投标文件。

据此函，签字代表宣布同意如下：

1.所附详细报价表中规定的应提供和交付的货物及服务报价总价（国内现场交货价）详见投标报价表。

2.投标供应商已详细审查全部投标文件，包括修改文件（如有的话）和有关附件，将自行承担因对全部投标文件理解不正确或误解而产生的相应后果。

3. 投标供应商保证遵守投标文件的全部规定，投标供应商所提交的材料中所含的信息均为真实、准确、完整，且不具有任何误导性。投标供应商所提供的资质材料在投标响应文件中是不可拆卸的。如发现所提供材料不全，责任由本公司自负。

4.投标供应商将按投标文件的规定履行合同责任和义务。

5.与本投标有关的一切正式往来通讯请寄：

公司地址：

联系电话：

投标供应商法人代表（签字）：

投标供应商（盖公章）：

承诺日期： 年 月 日

### 三、法定代表人授权书

**泉州市中医院**：

兹有(投标供应商全称)的法定代表人（姓名）授权（被授权人姓名），代表本公司参加贵单位组织的项目投标活动，全权代表本公司处理投标过程的一切事宜，包括但不限于：投标、参与开标、签约等。投标供应商代表在投标过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司均予以认可并对此承担责任。投标供应商代表无转委权。特此授权。

本授权书仅对该项目有效，特此声明。

授权投标地址：泉州市鲤城区笋江路388号泉州市中医院总务科

法定代表人签字：

被授权人签字：

联系电话号码：

供应商全称（加盖公章）：

年 月 日

**提醒：若供应商单位法人代表参加投标，则此页保留空白。**

### 四、售后服务承诺

**致：泉州市中医院**

根据贵单位为(项目名称)招标项目的投标，我司对该项目做出如下售后服务承诺（售后服务须包括但不限于以下内容，主要根据采购需求的要求）：

1.免费保修期：

2. 联系人、电话：

3.其它服务承诺：

供应商名称（签章）：

法定代表人（或授权代表）签字：

日期： 年 月 日