报价函

 公司:

四川省第四人民医院自助发袋机服务项目具体内容要求可电话联系药学部肖老师，或现场与药学部肖老师交流。

欢迎贵公司按本邀请函的有关内容进行报价。有关事项说明如下：

1. 报价文件组成部分

1、报价函(按附件格式)

2、公司营业执照扫描件、企业资质

3、法人授权书（身份证复印件）

4、自助发袋机引入服务项目内容、具体技术要求、售后服务等项目方案内容；

1. 报价文件发送方式、截止日期

截止时间:2025年10月10 日17:30，纸质版报价文件送至四川省第四人民医院沙河院区行政综合办公室2招标采购部或电子扫描版报价文件发送至邮箱786593394@qq.com，邮件主题格式为：项目名称+公司名称+联系人姓名+联系电话。

地址：成都市锦江区岷江路1666号四川省第四人医院7楼行政综合办公室

联系人：胡老师 联系电话：028-86672832

四川省第四人民医院

2025年9月26日

报价函 (格式)

致:四川省第四人民医院

经对贵院的四川省第四人民医院自助发袋机服务项目需求及内容充分了解及研究，并依据国家、行业及地方收费相关文件，初步综合报价人民币￥ 元（大写： ）。

注：项目实施方案需要与总报价匹配，需提供详细分项明细报价一览表，格式自拟。

供应商名称（盖公章）:

法定代表人（签字或加盖个人名章）:

联系人：

电话：

报价时间： 年 月 日

营业执照复印件

法人代表授权书

四川省第四人民医院：

本授权声明：地址位于 XXXXXXXXXXXXXXXX （供应商地址）的名称为XXXXXXXXXXXXXXXXXXX （供应商名称） （法定代表人姓名）授权XXXXX 职务XXXX为我司关于四川省第四人民医院自助发袋机服务项目调研活动的合法代表，以我司名义全权处理该项目有关的调研、报价等相关事宜，有效期至本项目结束为止。

法定代表人签字或盖个人章：

授权代表签字：

供应商名称：

授权日期：

附法人及被授权代表身份证复印件：

四川省第四人民医院自助发袋机服务项目详细实施方案

1. 项目建设具体内容
2. 项目实施具体技术要求
3. 项目实施后售后维护方案
4. 类似项目业绩清单
5. (包括但不限于以上内容，详细标题自拟)