附件3

**报 价 函**

广东省第二荣军优抚医院：

我单位经研究有关资料及相关要求后，对 （项目名称） 作出如下报价：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 单位 | 数量 | 单价 | 总价 |
| 1 | 腋拐 | 副 | 50 |  |  |
| 2 | 助行器（室内型） | 个 | 10 |  |  |
| 3 | 轮式助行器（带座） | 个 | 10 |  |  |
| 4 | 普通型轮椅 | 台 | 50 |  |  |
| 5 | 电动轮椅 | 台 | 10 |  |  |
| 6 | 盲杖 | 支 | 20 |  |  |
| 7 | 三脚拐杖 | 支 | 30 |  |  |
| 8 | 坐便椅 | 张 | 20 |  |  |
| 9 | 电子血压计（腕式） | 台 | 300 |  |  |
| 10 | 臂式血压计 | 台 | 100 |  |  |
| 11 | 医用气垫床 | 张 | 10 |  |  |
|  | 合计 |  |

人民币 元整（小写：￥ ）（保留小数点后两位）

联系人： 电话：

报价单位（盖章）：

法定代表人或授权委托人（签字或签章）：

 日期： 年 月 日

**资信承诺书**

广东省第二荣军优抚医院：

我单位（个体工商户）在参加 （项目名称） 的报价活动中，郑重承诺如下：

1、我方申报的所有资料都是真实、准确、完整的；

2、我方无资质挂靠等公司经营违法行为；

3、 我方没有被各级行政主管部门做出停止市场行为的处罚；

4、我方提供的报价为周边地区同类项目最优惠价格。

若我方违反上述承诺，被贵单位发现或被他人举报查实，无条件接受贵单位作出的不良行为处罚。对造成的损失，任何法律和经济责任完全由我方负责。

报价单位/个体工商户（盖章）：

法定代表人或个体经营者（签字或签章）：

日期： 年 月 日