上杭县医院药师审方干预系统项目报价函

公司名称（公章）： 单位：元

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 控制金额 | 报价金额 |
| 1 | 上杭县医院药师审方干预系统项目 | 1套 | 46万元 | 万元 |

联系人姓名：

手机号：

日期：

公司地址：

**授权书**

致：上杭县医院

我方的单位负责人 授权 为投标人代表，代表我方参加上杭县医院药师审方干预系统项目的投标，全权代表我方处理投标过程的一切事宜，包括但不限于：投标、参加开标、谈判、澄清、签约等。投标人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，我方均予以认可并对此承担责任。

投标人代表无转委权。特此授权。

（以下无正文）

单位负责人： ，

身份证号：

手机：

投标人代表： ，

身份证号：

手机：

投标公司名称（盖章）：

日期： 年 月 日