**附件1**

**采购项目需求**

1. 维修开展地点：晋阳院区门诊三楼耳鼻喉科检查室

二、采购最高限价：12000元

三、服务要求：

1.须进行风机盘管改造，以及维修中所需要的其他部件。

2.确定该区域无使用需求后（一般为17：30），立即进行维修工作，保证次日可以正常使用。

3.维修更换后须保障该区域制冷效果。

四、商务要求：

1．质保期：验收合格后至少一年。

2．服务期：中标后，收到采购人通知后1日内完成维修服务并交付采购人验收。

**附件2**

**品目及报价表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 总价（元） |
| 风机盘管 | 3 | 台 |  |  |
| 金属软管 | 6 | 个 |  |  |
| 铜球阀 | 6 | 个 |  |  |
| 辅助材料 | 3 | 批 |  |  |
| 旧盘管拆除 | 3 | 台 |  |  |
| 总计： |  |

【说明】

报价应是最终用户验收合格后的总价，包括设备运输、保险、代理、安装调试、培训、税费等费用和采购文件规定的其它费用。（至少包含已填写的报价清单内容，并完成报价）

投标人名称： （投标人全称） （加盖公章）

法定责任人或授权代表： （签名）

日期： 年 月 日

法定代表人身份授权书

 （采购单位名称）：

 本授权声明： （投标人名称）

 （法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方 “ ”项目投标活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关投标、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

法定代表人或授权代表签字：

投标人名称： （加盖公章）

日期：

 ★说明：上述证明文件附有法定代表人、被授权代表身份证复印件（加盖公章）时才能生效。