**委托授权书**

浙江省肿瘤医院：

兹委派我单位 先生/女士，身份证号 ，联系方式 ，作为我公司唯一代表全权处理浙江省肿瘤医院复印纸、打印纸招标，全权处理招标过程中有关投标的一切事项。本次委托有效期至浙江省肿瘤医院采购招标完毕。

本委托书共一份一页，必须由本公司法定代表人签字盖章，并加盖本公司公章为有效，复印无效。并同时提供受委托人就本次采购招标的身份证复印件。

投标单位（盖章）

地址：

邮政编码：

法定代表人（签字盖章）

联系电话：

签发日期：2018年 月 日

**关于产品质量及售后服务的承诺**

浙江省肿瘤医院：

本公司自愿参加投标，完全理解标书要求。对此次投标作以下承诺：

1. 本公司如实提供完整的相关合法证件，对提供的证件资料真实性、合法性负责。
2. 承诺所有投标的纸张产品质量符合国家标准，并对所有中标产品售后提供必要的技术支持。如有因产品质量和缺陷引起的安全事故，及时处理解决并承担相应责任。
3. 本公司严格按照中标纸张品牌型号供货，接到要货通知后在48小时内送货到贵院指定地点。产品存在质量问题同意无条件更换。
4. 完全理解贵院在招(议)标过程中不完全以最低价者中标的原则。
5. 完全理解贵院货到安装验收完毕2个月后，以支票的形式付款
6. 在与贵院的业务联系中，不采用不正当或非法的经营手段，严格遵守贵院的廉洁规定。

如有违反上述规定行为，愿意承担一切责任。

投标单位（盖章）

法定代表人（签字）

受委托人（签字）

承诺日期：2018年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **纸张报价单（模板）** | | | | | | |
| 商品名称 | 克重（g/m2) | 规格 | 参考数量（箱/年） | 页/包 | 品牌 | 单价（元/包） |
| 打印纸 |  | 381-2 | 20 | 1000页 |  |  |
| 打印纸 |  | 120-1三等分 | 20 | 2000页 |  |  |
| 打印纸 |  | 210-1 9寸二等分 | 20 | 1000页 |  |  |
| 打印纸 |  | 210-2 9寸二等分 | 20 | 1000页 |  |  |
| 打印纸 |  | 210-3 9寸二等分 | 20 | 1000页 |  |  |
| 打印纸 |  | 241-3 9寸二等分 | 20 | 1000页 |  |  |
| 打印纸 |  | 241-2 | 20 | 1000页 |  |  |
| 复印纸 | 70 | A5 | 180 | （10包/箱，500张/包） |  |  |
| 复印纸 | 80 | A5 | 20 | （10包/箱，500张/包） |  |  |
| 彩色复印纸 | 80 | A5粉红 | 20 | （5包/箱，500张/包） |  |  |
| 彩色复印纸 | 80 | A4粉红 | 20 | （5包/箱，500张/包） |  |  |
| 复印纸 | 70 | A4 | 700 | （10包/箱，500张/包） |  |  |
| 打印纸 |  | 241-1 | 120 | 1000页 |  |  |
| 复印纸 | 70 | A3 | 20 | 500张/包 |  |  |
| 注：1.以上报价含运费，税费等一切达到我院正常使用的费用. 2.以上数量仅供参考，按实际供货量结算。  3.议价当天必须带所投产品样品。 | | | | | | |