**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护士凉鞋的招标，全权处理招标过程中有关投标的一切事项。本次委托有效期至此次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. 承诺所有投标的产品质量符合国家相关标准，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产品品牌型号供货，承诺中标后一周内到货。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。
7. 如产品出现停产现象，本公司将以书面形式告知，并与医院协商解决。
8. 承诺两年内不提价。

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

附件一：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **浙江省肿瘤医院护士凉鞋报价单（模板）** | | | | |
| **物资名称** | **品牌** | **规格、参数** | **报价（元/双）** | **备注** |
| 护士露趾凉鞋 |  |  |  |  |
| 护士不露趾凉鞋 |  |  |  |  |
| **备注： 1.议价当日需带产品相关样品。**  **2.按照我院实际需求供货、结算。 3.以上报价含运费，税费等一切达到我院正常使用的费用。** | | | | |

附件二：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **浙江省肿瘤医院护士凉鞋参考参数** | | | | | |
| **物资名称** | **参考图片** | **参考规格、参数** | **参考购买数量** | **单位** | **备注** |
| 护士露趾凉鞋 | C:\Users\lenovo\Desktop\webwxgetmsgimg.jpg | 头层牛皮，白色，坡跟最高处3.5cm，乳胶气垫底，34-43码等各种尺寸 | 长期采购 | 双 |  |
| 护士不露趾凉鞋 | C:\Users\lenovo\Desktop\webwxgetmsgimg.jpg | 头层牛皮，白色，坡跟最高处3.5cm，乳胶气垫底，34-43码等各种尺寸 | 长期采购 | 双 |  |
| **备注：以上图片仅供参考，不做最后中标依据。** | | | | | |