**附件1**

**法定代表人授权书**

瑞安市人民医院：

 （供应商全称）法定代表人 授权 （全权代表姓名）为全权代表，参加贵处组织的（询价项目名称、编号）的询价采购活动，全权代表我方处理询价活动中的一切事宜。

法定代表人 (签字)：

 供应商全称（公章）：

 日期： 年 月 日

**附：**

 身份证：

授权代表姓名：

职务：

详细通讯地址：

电话：

传真：

邮政编码:

**附件2**

**报价人审计人员及审计时间方案**

**如中标我公司拟就本项目安排审计人员如下表：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **职称、职务** | **审计服务年限** | **备注** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |

**审计工作时间安排如下表：**

|  |  |
| --- | --- |
| **审计进场时间：** |  **年 月 日** |
| **现场审计时间：** | **年 月 日-- 年 月 日** |
| **出具审计报告时间：** |  **年 月 日** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**报价公司可根据自己的工作方案细化工作步骤。**

报价方代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 电 话:\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

报价方名称（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日 期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**附件3**

**瑞安市人民医院审计服务采购报价单**

公司名称：

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 2020年度财务报表审计服务 |
| 项目编号 |  |
| 项目报价(人民币:元) | 小写金额:大写金额: |
| 其他优惠条件： |

备注：此报价包含报价人为完成项目所须支付的所有费用和开票税金。

报价方代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 电 话:\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

报价方名称（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日 期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_