## 厦门建发医药有限公司血型试剂质控试剂盒报价单

##

## 一、报价承诺

## 1、本报价单请于2023年5月19日17点前送达弘爱医院综合楼四楼前台（**报价资料需用档案袋密封，封口加盖公章，不符合此规定，报价无效**）。邮寄地址：厦门市湖里区仙岳路3777号厦门弘爱医院综合楼四楼 试剂采购部：蒋际友 收；联系电话： 18959294298 。

 **2、本公司承诺可提供的其他服务条款：（若有其他服务条款内容，可自行增加说明）**

## 二、报价清单明细详见附件

##

##

##

##                        报价公司（公章）：

##                时间：

|  |
| --- |
| **报价须知** |
| 本次报价项目为：血型试剂质控试剂盒 1个项目入选品牌均需满足以下要求，否则视为无效报价。 |
| **细则** |
| ①供应商需安排工程师到院完成该产品的性能验证，期间因性能验证产生的试剂、耗材及人力费用由供应商自行承担。 |
| ②配合我司供应商协同平台进行系统操作，详见附件《供应商协同平台操作手册》。 |

**报价清单明细**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **清单明细** |
|  | 项目报价表及三甲公立医院销售发票（3家及以上，省内优先） |
|  | 省内外三甲医院用户清单 |
|  | 至少1份其他用户试用/性能验证报告（近1年内） |
|  | 产品注册证、说明书、生产企业许可证及其副本（含附页产品信息） |
|  | 供应商资质证照（营业执照、经营备案证、经营许可证） |
| **序号1：**报价文件必需用档案袋密封提供**序号2-5：**整理相关资料发送至官方邮箱：**jfsj@chinacdc.com，**标题：（正式报价）血型试剂质控试剂盒+公司名称 |

## 血型试剂质控试剂盒报价表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **注册证名称** | **规格型号** | **品牌** | **生产厂家（全称）** | **供应商全称** | **单位（盒）** | **给建发医药报价****（元/盒）** | **税点** | **公立医院****单价（元/盒）** | **注册证号** | **备注** |
| 1 | 血型试剂质控试剂盒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **所报产品需能满足3项质控项目：血型鉴定、不规则抗体筛查及交叉配血质控。****需提供增值税专用发票，账期： 天****到货周期： 天** |

**备注：**

1. **该报价为配送到招标人厦门指定仓库的价格，若此次存在未报价试剂，后续院方如需增加，全部视为免费提供，请避免漏填。**
2. **请写明给建发医药的报价以及公立医院的价格，并提供三甲公立医院销售发票（3家及以上）。**
3. **需对在中国大陆地区取得医疗器械注册证的所有试剂项目进行报价，未取得医疗器械注册证的试剂项目不得报价。**