## 厦门建发医药有限公司GM检测项目试剂盒报价单

##

## 一、报价承诺

## 1、本报价单及合同请于2022年01月13日18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 药品采购部：张欣 收；联系电话： 18060612744 。

 **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：

## GM检测项目试剂盒报价表

|  |
| --- |
| **厦门建发医药有限公司试剂报价单** |
| **序号** | **产品名称** | **注册证名称** | **规格型号** | **理论****测试数** | **品牌** | **生产厂家****（全称）** | **供应商** | **单位** | **单位报价****（元）** | **税点** | **公立医院****单价（元）** | **注册证号** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **该报价为配送到招标人厦门指定仓库的价格，并写明给建发医药的报价以及公立医院的价格，并提供公立医院销售发票，试剂、配套耗材必须及时（二周内）供应，试剂到货后有效期应在半年以上。**

**2、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。**

**3、如有大包装及小包装试剂价格，可以分别按大包装和小包装进行报价。**