## 厦门建发医药有限公司细胞产品生产试剂报价单

##

## 一、报价承诺

## 1、本报价单及合同请于2023年5月31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 |
|  | 产品注册证（若有）、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**，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**序号2-4：**整理相关资料发送至官方邮箱：**jfsj@chinacdc.com，**标题：（正式报价）细胞产品生产试剂+公司名称 |

## 细胞产品生产试剂报价表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格** | **型号** | **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** |
|  | GT-T551H3细胞培养基 | 1000ml/瓶 | GT-T551H3 | TAKARA |  |  | 瓶 |  |  |  |  |
|  | DC细胞成熟刺激因子 | 100ul/支 | MDL1503 | MDSS |  |  | 支 |  |  |  |  |
|  | DC细胞分化诱导因子 | 200ul/支 | MDL1504 | MDSS |  |  | 支 |  |  |  |  |
|  | CIK细胞扩增试剂 | 5ml/支 | MDL1501 | MDSS |  |  | 支 |  |  |  |  |
|  | NK细胞扩增因子--CB | 6ml/1支， 1ml/2支，25ml/1支 | MDL2004 | MDSS |  |  | 套 |  |  |  |  |
|  | Ficoll淋巴细胞分离液（临床级） | 500ml/瓶 | 17-1440-03 | GE |  |  | 瓶 |  |  |  |  |
|  | 台盼蓝染色液(0.4%) | 50ml/瓶 | C0040-50ml | 索莱宝 |  |  | 瓶 |  |  |  |  |
| **注册证（若有注册证，请于表格填写注册证号）：□全部无需注册证 □部分需要注册证 □全部需要注册证** |
| **付款方式为货到付款，账期： 天（自然日），需提供增值税专用发票** |
| **到货周期： 天（自然日）** |
| **近效期无条件退换货 ：□无法退换货 □3个月 □6个月** |

**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）。**