## **深度血脂检测（VAP15项血脂亚组分检测）项目**第三方医疗服务报价单

##

## 一、报价承诺

## 1、本报价单请于2023年6月26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 试剂采购运营部：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：2023年6月 日

**报价清单明细**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **清单明细** |
| **1** | 项目报价单 |
| **2** | 该项目省内外三甲医院用户清单 |
| **3** | 检验检查机构资质证照：《医疗机构执业许可证》、《医疗机构营业执照》 |
| **4** | 检验外送项目（含检测试剂及设备）资质证照：《医疗器械生产许可证》、《医疗器械注册证/备案证》 |
| **5** | 实验室认证资格、实验室科研能力、室间质控合格证书等相关资质证明 |
| **6** | 检验外送项目报告模板 |
| **序号1：**报价文件必需用档案袋密封提供**序号2-6：**整理相关资料发送至官方邮箱**（邮件名称：深度血脂检测（VAP15项血脂亚组分检测）+公司名称）：jfsj@chinacdc.com** |

|  |
| --- |
| **深度血脂检测（VAP15项血脂亚组分检测）项目报价单** |
| **序号** | **检测****项目名称** | **检测内容** | **主试剂****注册证号** | **样本****要求** | **检测****方法** | **报告****周期** | **市场收费定价****(元/例)** | **报价结算价****(元/例)** | **结算****账期** | **有无物价收费标准** | **物价收费代码** | **物价收费金额（元）** | **福建/厦门三甲医院已开展医院名称** |
| 1 | 深度血脂检测（VAP15项血脂亚组分检测） | 至少包含TC、TG、LDL-C 、HDL-C、ApoA Ⅰ、ApoB、Lp（a）外，LDL-P、RLP-C等亚组分分析 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **备注：****1.若检测项目有福建省物价收费标准，供应商需将其检测系统系统对接至医院Lis系统，因对接系统产生的费用由供应商承担。****2.同一检测项目因样本要求、检测方法及报告周期等方面存在差异，将导致收费定价或结算价不同则需分项报价。** |

**供应商名称：**

**日期：2023年 月 日**