## 厦门建发医药有限公司**幽门螺旋杆菌分型和耐药基因检测试剂**报价单

## 

## 一、报价承诺

## 1、本报价单及合同请于2023年7月10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，**邮件标题：（正式报价）幽门螺旋杆菌分型和耐药基因检测试剂+公司名称 | |

## 幽门螺旋杆菌分型和耐药基因检测试剂报价表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格** | **型号** | **品牌** | **生产厂家**  **（全称）** | **供应商** | **单位** | **给建发医药报价**  **（元/盒）** | **税点** | **公立医院**  **（元/盒）** | **注册证号** |
|  | 幽门螺旋杆菌分型和耐药基因检测试剂-**主试剂** |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |  |
|  | 幽门螺旋杆菌分型和耐药基因检测-**提取试剂** |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** | | | | | | | | | | | |
| **配套校准品：□试剂盒内含有校准品□按医院需求配套赠送校准品□额外购买：需新增行填写相关产品报价** | | | | | | | | | | | |
| **配套质控品：□试剂盒内含有质控品□按医院需求配套赠送质控品□额外购买：需新增行填写相关产品报价** | | | | | | | | | | | |
| **配套耗材：□试剂盒内含有耗材□按医院需求配套赠送耗材□额外购买：需新增行填写相关产品报价** | | | | | | | | | | | |
| **到货有效期： 个月（建议产品首批到院试剂效期不少于9个月，按照实际情况填写）** | | | | | | | | | | | |
| **保证6个月同批号供应产品 ： □可以满足 □无法满足（若无法满足则本次报价无效）** | | | | | | | | | | | |

**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。**