## 粪便有形成分质控品报价表

| **序号** | **试剂名称** | **注册证名称** | **规格** | **型号** | **品牌** | **生产厂家**  **（全称）** | **供应商** | **计数单位** | **给建发**  **医药报价**  **（元/单位）** | **公立医院**  **（元/单位）** | **注册证号** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 粪便有形成分质控品 |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **付款方式为：货到付款 ，账期： 天（自然日），税点： ，发票类型：增值税专用发票** | | | | | | | | | | | |
| **到货周期： 天** | | | | | | | | | | | |
| **到货产品有效期： 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）** | | | | | | | | | | | |
| **特殊事项：若试剂含多个规格请一并报价。** | | | | | | | | | | | |

**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）。**