## 厦门建发医药有限公司**nCD64中性粒细胞感染指数、外周血浆母细胞水平监测、外周血调节性T细胞（Treg）**报价单

## 

## 一、报价承诺

## 1、本报价单请于2023年7月27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（加盖公章） |
|  | 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2-5：**整理相关资料发送至官方邮箱：**jfsj@chinacdc.com，**邮件标题：**（正式报价）nCD64中性粒细胞感染指数、外周血浆母细胞水平监测、外周血调节性T细胞（Treg）+公司名称** | |

## nCD64中性粒细胞感染指数、外周血浆母细胞水平监测、外周血调节性T细胞（Treg）报价表

| **序号** | **项目名称** | **试剂名称** | **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** | **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** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **nCD64中性粒细胞感染指数** | **CD14** |  |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  | **CD45** |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  | **CD64** |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  | **外周血浆母细胞水平监测** | **CD3** |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  | **CD14** |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  | **CD19** |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  | **CD27** |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  | **CD38** |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  | **CD45** |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  | **外周血调节性T细胞（Treg）** | **CD4** |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  | **CD25** |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |  |
|  | **CD127** |  |  |  |  |  |  | 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** | | | | | | | | | | | | | |
| **特殊事项：若完成以上项目检测，需额外配套专用辅助试剂，例如溶血素等，请自行添行报价说明，否则视为免费提供** | | | | | | | | | | | | | |
| **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 □无配套校准品** | | | | | | | | | | | | | |
| **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 □无配套质控品** | | | | | | | | | | | | | |
| **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 □无配套耗材** | | | | | | | | | | | | | |
| **到货周期： 个月** | | | | | | | | | | | | | |
| **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）** | | | | | | | | | | | | | |

**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。**