## 厦门建发医药有限公司**术中冰冻免疫组化抗体**报价单

##

## 一、报价承诺

## 1、本报价单请于2023年8月7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 |
|  | 产品注册证或备案证（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：报价文件必须用档案袋密封提供，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）术中冰冻免疫组化抗体+公司名称** |

## 术中冰冻免疫组化抗体报价表

| **序号** | **试剂类型** | **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）** | **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****/备案证号** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 主试剂 | 术中冰冻免疫组化抗体:**CK5/6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 主试剂 | 术中冰冻免疫组化抗体：**Galectin-3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 主试剂 | 术中冰冻免疫组化抗体：**TPO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 主试剂 | 术中冰冻免疫组化抗体：**P63** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 主试剂 | 术中冰冻免疫组化抗体:**CK-P** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 辅助试剂 | 免疫显色试剂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 辅助试剂 | 冰冻固定液 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 辅助试剂 | 清洗缓冲液 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 辅助试剂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **特殊事项：免费赠送专用配套辅助试剂，例如免疫显色试剂、冰冻固定液、清洗缓冲液等（请自行添行写明规格）** |
| **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** |
| **配套专用校准品：□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** |
| **配套专用质控品：□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** |
| **配套专用耗材：□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： 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）** |
| **供应商名称（盖章）： 日期：2023年8月 日**  |

**备注：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。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）。**