## 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）** | **计数单位** | **给建发****医药报价****（元/单位）** | **公立医院****入院价格****（元/单位）** | **注册证号** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | γδT细胞培养抗体Lymactin-γδT |  | 1T/ml | 6003T01 | CSTI/珠海贝索细胞 |  | 盒 |  |  |  |
|  | 无血清细胞培养液ALyS705GM(-) | 无血清细胞培养液 | 1000ml | cm3048a0 | CSTI/珠海贝索细胞 |  | 瓶 |  |  | 粤珠械20160050号 |
|  | 磷酸盐缓冲液DPBS | 磷酸盐缓冲液（DPBS） | 500ml | CS001 | CSTI/珠海贝索细胞 |  | 瓶 |  |  | 粤珠械20210046号 |
|  | αβTCR |  | 100T | 11-9986-42 | thermo |  | 支 |  |  |  |
|  | γδTCR |  | 100T | MA5-28832 | thermo |  | 支 |  |  |  |
|  | NIPRO细胞培养袋 |  | 1000ml | NCB-22H | NIPRO |  | 个 |  |  |  |
| **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）** |
| **供应商：** **时间：2023年 8 月 日** |

**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）。**