## 神经元核内包涵体基因检测、全外显子检测第三方医疗服务报价单

## 一、报价承诺

## 1、本报价单请于2024年4月9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 试剂采购运营部：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：2024年4月 日

**报价清单明细**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **清单明细** |
| **1** | 项目报价单 |
| **2** | 该项目省内外三甲医院用户清单 |
| **3** | 检验检查机构资质证照：《医疗机构执业许可证》、《医疗机构营业执照》 |
| **4** | 检验外送项目（含检测试剂及设备）资质证照：《医疗器械生产许可证》、《医疗器械注册证/备案证》 |
| **5** | 实验室认证资格、实验室科研能力、室间质控合格证书等相关资质证明 |
| **6** | 检验外送项目报告模板 |
| **序号1：**报价文件必需用档案袋密封提供**序号2-6：**整理相关资料发送至官方邮箱**【邮件名称：（正式报价）神经元核内包涵体基因检测、全外显子检测+公司名称】：jfsj@chinacdc.com** |

**神经元核内包涵体基因检测、全外显子检测项目报价单**

| **序号** | **检测项目名称****（不同套餐请自行增行说明）** | **检测内容** | **样本要求** | **检测方法** | **报告****周期****（天）** | **市场****收费****定价****(元/例)** | **报价****结算价****(元/例)** | **物价****收费****金额****（元/例）** | **福建省物价收费代码** | **福建/厦门三甲医院已开展医院名称** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **神经元核内包涵体基因检测** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **全外显子检测** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **入选基本条件：**1. 若检测项目有福建省物价收费标准，供应商需将其Lis系统对接至医院Lis系统，因对接系统产生的费用由供应商承担。
2. 若检测项目无福建省物价收费标准，后续项目需签约上线弘爱商城以后，每次检查供应商需额外支付患者收费金额的5%作为信息平台管理费。
3. 同一检测项目因样本要求、检测方法及报告周期等方面存在差异，将导致收费定价或结算价不同则需分项报价。
4. 有物价收费标准结算账期至少90天，无收费物价标准结算账期30天（若无法配合商城开户，账期为90天）。
 |

**供应商名称：**

**2024年4月 日**