## 厦门建发医药有限公司**高尔基体蛋白73（GP73）测定试剂盒**报价单

## 

## 一、报价承诺

## 1、本报价单请于2024年11月28日18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 |
|  | 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、法人授权委托书、质保协议） |
| **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）高尔基体蛋白73（GP73）测定试剂盒+公司名称** | |

## 报价表

| **序号** | **产品名称**  **（联检）** | **注册证名称** | **注册证号** | **规格** | **型号** | **品牌** | **理论测试数** | **生产厂家** | **计量**  **单位** | **给建发医药报价**  **（元/盒）** | **公立医院**  **入院价格**  **（元/盒）** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **高尔基体蛋白73（GP73）测定试剂盒** |  |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |
|  | **配套辅助试剂** |  |  |  |  |  |  |  | 盒 |  |  |
| **性能验证要求：供应商需免费安排工程师到院完成性能验证，并免费提供所需试剂、校准品、质控品、耗材等。**  **备注：项目开展期间，按需求提供设备和售后维保服务。** | | | | | | | | | | | |
| **付款方式为：货到付款 ，账期： 天（自然日），需提供增值税专用发票，税点： 。** | | | | | | | | | | | |
| **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：**  **2024年11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）。**