## 人细胞角蛋白18（CK18-M30、CK18-M65）报价文件

## 一、报价承诺

## 1、本报价单及合同请于2024年12月13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：

|  |
| --- |
| **报价须知** |
| 本次报价项目：人细胞角蛋白18（CK18-M30、CK18-M65）。  入选品牌均需满足以下要求，否则视为无效报价。 |
| |  |  | | --- | --- | | **类别** | **入选基本条件** | | **总要求** | 若涉及专机专用设备，项目开展期间按需求提供设备及售后维保服务。 | | 按需求配套赠送校准品及质控品（每日质控）。 | | 保证6个月同批号供应产品。 | | 按照ISO15189标准，免费提供项目试用/性能验证所需试剂、校准品、质控品、耗材等产品。 | | **结算要求** | 各项目年度总采购量（总测试数）＜报告数\*1.1。  若各项目年度总采购量（总测试数）≥报告数\*1.1，则超出测试数的采购金额需由供应方开具红冲票进行抵扣。 | | **配送要求** | 中选品牌需配合我司供应商协同平台进行系统操作，详见附件《供应商协同平台操作手册》。 | |

**报价清单明细**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **清单明细** |
|  | 报价承诺函、项目报价表、响应表 |
|  | 各报价项目需提供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 |
|  | 各报价项目至少1份其他用户试用/性能验证报告（近1年内） |
|  | 产品注册证、说明书、生产企业许可证及其副本（含附页产品信息）、设备注册证及操作SOP |
|  | 供应商资质证照（营业执照、经营备案证、经营许可证） |
| **序号1：报价承诺函、项目报价表、响应表**必需用档案袋**密封**提供纸质版  **序号2-6：**报价文件提供方式可选择：①U盘储存或打印放至档案袋密封提供  ②整理相关资料发送至官方邮箱：**jfsj@chinacdc.com** | |
| 密封档案袋中需提供U盘储存：报价承诺函、项目报价表、响应表的电子档文件及盖章扫描件。 | |

**报价承诺函**

**厦门建发医药有限公司：**

**我司承诺本次报价项目满足入选基本条件：**

1. 若涉及专机专用设备，项目开展期间按需求提供设备及售后维保服务。
2. 按需求配套赠送校准品、质控品（每日质控）。
3. 保证6个月同批号供应产品。
4. 按照ISO15189标准，免费提供项目试用/性能验证所需试剂、校准品、质控品、耗材。
5. 若中选，愿意配合建发医药供应商协同平台进行系统操作。

**供应商：**

**日期：2024年 12 月 日**

## **项目报价表**

1. **设备配置情况**

|  |  |
| --- | --- |
| **试剂品牌** |  |
| **设备品牌** |  |
| **设备名称** |  |
| **设备数量（台）** |  |
| **设备型号** |  |
| **单模块检测速度（T/H）** |  |
| **化学发光法（直接或间接）** |  |
| **标记物** |  |
| **试剂仓位（个/模块）** |  |
| **单模块样本位（个）** |  |
| **系统携带污染率PPM** |  |
| **吸样方式** |  |
| **单模块急诊位（个）** |  |
| **设备连接方式（能否扩展联机）** |  |
| **人细胞角蛋白18（CK18-M30、CK18-M65）**  **报告时效（min）** |  |
| **设备可开展项目数（以注册证为准）** |  |
| **该项目几点校准** |  |
| **校准周期（天）** |  |
| **尺寸mm（长×宽×高）** |  |
| **设备到货周期（天）** |  |
| **设备售后服务公司** |  |
| **长期免费提供设备** | **□是 □否** |
| **设备报价（元）** |  |
| **配置备注** | **提供 元试剂** |

1. **试剂报价表——需包含检测项目使用中所需主试剂、固体耗材、液体辅助试剂等**

| **序****号** | **产品名称** | **是否有国家临检中心室间质评独立分组成绩** | **注册证名称** | **规格型号** | **生产厂家**  **（全称）** | **销售计量单位** | **给建发医药报价**  **（元/盒）** | **税点** | **公立医院**  **单位报价（元/盒）** | **理论**  **总测试数**  **（X测试/盒）** | **建发医药**  **单测试成本（元/测）** | **注册证号** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CK18-M30 |  |  |  |  | **盒** |  |  |  |  |  |  |
|  | CK18-M65 |  |  |  |  | **盒** |  |  |  |  |  |  |
|  | 固体耗材  **（自行增行补充完整，例如反应杯等）** | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 液体辅助试剂  **（自行增行补充完整，例如洗液、基质液等）** | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **填写要求：请列出所有可销售规格价格。请列明所需主试剂、固体耗材和液体辅助试剂。** | | | | | | | | | | | | |
| **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。** | | | | | | | | | | | | |
| **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12月 日** | | | | | | | | | | | | |

**备注：**

**1、该报价为配送到招标人厦门指定仓库的价格，若此次存在未报价配套试剂、校准品、耗材等，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2022年至今三甲公立医院销售发票（3家及以上，省内优先），试剂及配套校准、耗材必须及时（二周内）供应，试剂、质控品及校准品到货后有效期应尽量在9个月以上。**

**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。**

**响应表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **问题描述** | **答复** |
| 1 | 本品牌检测项目在福建省有无售后服务驻点？ | □有 具体地址：  □无 |
| 2 | 本品牌检测项目在福建省有几位工程师（服务人员）？ | 人 |
| 3 | 退换货条款 | □产品近效期3个月内可无条件退换货  □产品近效期6个月内可无条件退换货  □无退换货 |