## 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（报价最小规格包装）** | **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:Galectin-3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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:CK-P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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:TPO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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、校准质控品等（请自行添行写明规格）** | | | | | | | | | | | | |
| **付款方式为：货到付款 ，账期： 90 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：2025年3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）。**