## 过敏原抗体测定、总IgE、食物特异性IgG报价文件

## 一、报价承诺

## 1、本报价单及合同请于2025年4月10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 耗材采购运营部：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：过敏原抗体测定、总IGE、食物特异性IgG。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** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **技术要求** | 检测下限：达到指南要求0.1kUA/L。 |
| **总要求** | 按需求配套赠送校准品、质控品（每日质控）、辅助试剂和耗材。 |
| 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。 |
| 保证6个月同批号供应产品。 |
| 项目开展期间，设备免费保修。 |
| **配送要求** | 若中选，需配合建发医药供应商协同平台进行系统操作。 |
| **试剂账期要求** | 3个月 |

 |

**报价清单明细**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **清单明细** |
|  | 报价承诺函、项目报价表 |
|  | 各报价项目需提供三级公立医院销售发票（5家及以上，省内优先） |
|  | 省内外三级医院用户清单 |
|  | 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**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. 检测下限：达到指南要求0.1kUA/L。
2. 按需求配套赠送校准品、质控品（每日质控）、辅助试剂和耗材。
3. 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。
4. 若中选，需配合建发医药供应商协同平台进行系统操作。
5. 保证6个月同批号供应产品。
6. 项目开展期间，设备免费保修。
7. 试剂结算账期为3个月。

**供应商：**

**日期：2025年 月 日**

## **项目报价表**

1. **设备配置情况**

| **试剂品牌** |  |
| --- | --- |
| **设备品牌** |  |
| **设备注册证号** |  |
| **设备型号** |  |
| **公立医院中标均价** |  |
| **方法学** |  |
| **标记物** |  |
| **检测下限** |  |
| **过敏原样本用量** |  |
| **单模块检测速度（T/H）** |  |
| **试剂仓位（个/模块）** |  |
| **样本位** |  |
| **反应杯** |  |
| **孵育位** |  |
| **系统携带污染率PPM** |  |
| **吸样方式** |  |
| **急诊位** |  |
| **设备连接方式（是否支持多模块拼接）** |  |
| **过敏项目报告时效(min)** |  |
| **可开展项目数（以注册证为准）** |  |
| **每个项目几点校准** |  |
| **校准周期（天）** |  |
| **尺寸mm（长×宽×高）** |  |
| **设备报价（元）** | **元/台** |
| **配置设备报价金额等值试剂：□是 □否**  |

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** | **注册证号** | **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）** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 总IgE |  |  |  |  |  | **盒** |  |  |  |  |  |
|  | 过敏原抗体测定自行补齐所有项目 |  |  |  |  |  | **盒** |  |  |  |  |  |
|  | …… |  |  |  |  |  | **盒** |  |  |  |  |  |
|  | …… |  |  |  |  |  | **盒** |  |  |  |  |  |
|  | …… |  |  |  |  |  | **盒** |  |  |  |  |  |
|  | 食物特异性IgG自行补齐所有项目 |  |  |  |  |  | **盒** |  |  |  |  |  |
|  | …… |  |  |  |  |  | **盒** |  |  |  |  |  |
|  | …… |  |  |  |  |  | **盒** |  |  |  |  |  |
| **填写要求：请列出所有可销售且获证的过敏原检测项目、食物特异性IgG项目以及对应各种包装规格。** |
| **付款方式为：货到付款 ，账期： 90 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：****2025年 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年至今三级公立医院销售发票（5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。**