附件1

**报 价 函**

广东省第二荣军医院：

我单位经研究有关资料及相关要求后，对 广东省第二荣军医院全自动血型分析仪采购项目 作出如下报价：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 生产厂家 | 型号规格 | 注册证号 | 单价 | 数量 | 保修期 | 小计（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

耗材明细清单及价格：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材名称 | 生产厂家 | 规格型号 | 注册证号 | 单位 | 单价（元） | 备注 |
| 1 | ABO、RhD血型定型检测卡（单克隆抗体）） |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 抗人球蛋白（抗IgG、抗C3d）检测卡（微柱凝胶法） |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 抗人球蛋白（抗IgG、抗C3d）检测卡（微柱凝胶法） |  |  |  |  |  |  |
| 4 | ABO、RhD反定型试剂盒（红细胞） |  |  |  |  |  |  |
| 5 | RhD型抗原检测卡（柱凝集法） |  |  |  |  |  |  |
| 6 | ABO、RhD型抗原检测卡（柱凝集法） |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 不规则抗体检测试剂（人血红细胞） |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Tip吸头（散装） |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 深孔板 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | ABO、RhD型检测质控品（微柱凝胶法） |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 不规则抗体筛检质控品（红细胞） |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 交叉配血质控品（微柱凝胶法） |  |  |  |  |  |  |

注：

1.供应商须按要求填写所有信息，不得随意更改本表格式。

2.供应商根据企业自身能力报出项目整体包干价（人民币），也可对其中一项进行报价。（须精确到小数点后两位，格式：XX.XX）。

3.必须包含产品及零配件、运输费、装卸费、搬运费、保险费、材料费、保修费、雇员费、各项税费及不可预见的费用等完成本项目所需的一切费用。

4.供应商在填报投标报价时，应根据公司自身的成本核算情况，充分考虑市场价格的波动风险。一经参与，即认为已充分考虑有关风险，愿意承担因这些风险所造成的一切经济损失，并放弃因此造成的损失求偿权。

5.此表是调研文件的必要文件，是调研文件的组成部分。

6.各参与调研的公司报价时需考虑：如果医院需要将设备接入医院信息网络，由公司负责按医院要求将设备接入医院网络，所需的硬件、工作站软件以及接口费由公司承担。

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

日期： 年 月 日