**南通市第二人民医院检验设备检测项目**

**询价文件**

项目编号：-

我院医学检验科部分设备需进行检测，现进行检测服务询价，关事宜说明如下：

1. **设备清单：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **型号** | **数量** | **所在场所** |
| 1 | 荧光PCR | CFX96 | 1台 | 6号楼6楼 |
| 2 | 全自动医用PCR分析系统 | SLAN-96S | 1台 | 6号楼6楼 |
| 3 | 血液运输箱 |  | 2只 | 3号楼 |

**二、报价注意事项：**

1、此次报价为一次性报价，报价包含上门检测过程中各项应有的一切费用。报价填写需清晰，否则视为无效投标。

2、本项目限价9800.00元。

3、符合条件报价最低者确定为中标人，如果出现两个或者两个以上投标人最低价相同，则其进行再报价，直至产生唯一最低价投标人。

4、如果本次响应的投标人不足三家，可以变更采购方式采购。中标人如果放弃中标，则由价格次低者直接中标，依次类推。

5、▲PCR设备检测项目包含但不限于：外观、平均升降温速率、温度准确度与均匀性、样本检测重复性、样本线性、荧光强度检测重复性、荧光强度检测精密度、荧光线性等。

6、中标人需在接到通知后5个工作日内上门检测，并在检测后5个工作日内出具正式报告，如超时，中标人承担所有责任，并且采购人有权另行选择检测单位检测。

7、报价表需填写每类设备的检测费用单价。

8、付款方式：医院按取得的测评报告，凭合规发票，一次性付清已检测设备的检测费用。

9、报价材料按需制成PDF文件，发送至nteycg2@126.com

三、报价材料组成要求（签字盖章后按序制作成一个PDF文件）：

1、公司营业执照

2、公司法人代表授权书（法人代表参加投标可不提供）

3、法人代表身份证复印件

4、业务员身份证复印件（法人代表参加投标可不提供）

5、本项目检测服务需要的特殊资质证件

6、报价表

说明：如因经营范围及检测资格导致的责任和损失，全部由投标供应商承担。

**四、报价文件递交时间等：**

报价文件发送截止时间：2024年7月2日 17：00（以邮箱时间为准）

特别说明：报价文件可加密，需在邮件中必须留有联系人及电话，否则责任自负。

开标时间：医院择期比价

项目联系人：邓老师

联系电话：17696757807（微信同号）

南通市第二人民医院

2024年6月28日

**报价表**

报价日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | | 南通市第二人民医院检验设备检测项目 | | | |
| **项目编号** | | **-** | | | |
| **公司全称（盖章）** | |  | | | |
| **业务员姓名** | |  | **联系电话** |  | |
| **投标总价**  **（人民币，元）** | | **大写：**  **小写：** | | | |
| **其他优惠条件** | |  | | | |
| **检测时长** | | **接到通知后 天内上门检测** | | | |
| **报告时长** | | **检测后 天内出具正式报告** | | | |
| **报价明细（检测费用金额合计应等于投标总价）** | | | | | |
| **序号** | **设备名称** | **型号** | **数量** | **检测单价** | **金额** |
| 1 | 荧光PCR | CFX96 | 1台 |  |  |
| 2 | 全自动医用PCR分析系统 | SLAN-96S | 1台 |  |  |
| 3 | 血液运输箱 |  | 2只 |  |  |