附件1：

**报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备报价表 | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 品名 | 数量 | 单位 | | 产品要求 | | | 规格型号 | | 生产企业 | | 单价（元） | 总价（元） |
| 1 | 全自动血型系统 | 1 | 套 | | 1、所投产品须满足全自动血型系统技术参数及配置要求，其中带“★”号技术参数为实质性要求。  2、如实填写“全自动血型系统技术参数及配置要求”响应表，重要参数须递交产品宣传彩页或注册检验报告等相关资料加以佐证。 | | |  | |  | |  |  |
| 试剂报价表 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 名称 | 产品注册证号 | | 生产企业 | | 流水号 | 包装规格 | | 计价单位  （瓶或盒） | | 投标当月挂网价  （元） | | 投标价  （元） |
| 2 | 正反定型血型卡 |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 3 | 交叉配血卡 |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 4 | 不规则抗筛卡 |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 5 | ABO定型红细胞试剂 |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 6 | 抗筛红细胞试剂 |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 7 | 专用吸嘴 |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 8 | 合计金额  （设备总价和试剂投标价之和） |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |

说明：1、要求所报血型卡及相关耗材能匹配其全自动血型系统设备使用。

2、如还需其它未列出的试剂、耗材(如相应项目的质控品、校准品、稀释液等），请自行增加并报价，不报者视为免费提供使用。

投标单位（盖章）：

法人或授权代表（签字）：

年 月 日