**附件2. 中山大学孙逸仙纪念医院**

**新试剂采购报名表**

编号： 20250926-（试剂序号 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 试剂  名称 | 中文名 |  | | 规格 |  | 包装规格 |  | |
| 英文名 |  | | 是否本省中标范围 | □是  □否 | 中标价（元） |  | |
| 检验项目名称 | |  | | 供货价（元） |  | 可检测样本 | 份数 |  |
| 批准文号/注册证号 | |  | | 检验项目收费 |  | 元/份 |  |
| 新试剂类型 | | □ 开放 | | 是否使用仪器检测 | □是 | 仪器名称： | | |
| □配套： □独家  □多家 | |
| 是否消耗耗材 | □有  □无 | □否 |
| 生产厂家 | |  | | | □ 国产 □ 合资 □ 进口 | | | |
| 经销单位 | |  | | 联系人及电话： | | | | |
| 已使用该试剂的三家三甲医院名称及其供应价格 | | 1. 医院，供应价格（元）： | | | | | | |
| 2. 医院，供应价格（元）： | | | | | | |
| 3. 医院，供应价格（元）： | | | | | | |

说明：

1. 提供省内三家三甲医院（优先参考中山大学附属第一医院、中山大学附属第三医院、中山大学肿瘤防治中心、广东省人民医院、南方医院）的供货销售发票复印件，如确实无法提供指定医院的发票复印件，请提供其他广州市三家三甲医院的供货发票复印件，报价不得高于省内三甲医院的供货价。以上资料必须注明“与原件相同”并加盖供货商公章，如有特殊情况或无法提供的须提供情况说明。

2. 如该试剂检测必须搭配其他消耗耗材完成的，请如实提供耗材清单及其价格，经相关科室核对签名后交试剂库；隐瞒不报者，一经发现取消竞标资格。

3. 试剂的报价不得高于该检测项目收费价格的35%，特殊情况者需附上书面说明。

4. 试剂序号为招标公告附件1所列序号，表格内容不能留空，无内容填写请划“/”。

5. 将填写完的《新试剂采购报名表》和《新试剂采购信息表》打包发送至邮箱：[sumsjk@163.com](mailto:sumsjk@163.com)。