附件1

**浙江省人民医院毕节医院耗材采购项目（B包）二次公开询价报名登记表**

报价单位名称：

单位地址：

联系人： 联系电话：

项目名称：浙江省人民医院毕节医院耗材采购项目（B包）二次公开询价

备注：我单位已认真阅读并理解贵方发布的浙江省人民医院毕节医院耗材采购项目（B包）公开询价公告，满足贵方“供应商资格要求”的所有内容。我方报名参加本次公开询价活动，并郑重承诺所提供的报价内容真实有效。

单位名称（盖章）：

日期：2024年 月 日

附件2

 **公司 报价单**

报价项目：浙江省人民医院毕节医院耗材采购项目（B包）二次公开询价

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格型号（规格不限于以下，可根据供应商自身情况进行增加）** | **生产厂家** | **注册证号** | **单价（元）** | **备注（根据供应商自身产品描述）** |
| 1 | 核酸提取或纯化试剂 | 48人份/盒 |  |  |  |  |
| 2 | 人MTHFR基因多态性检测试剂盒（荧光PCRF法） | 30人份/盒 |  |  |  |  |
| 3 | 人类CYP2C19基因检测试剂盒（PCR-荧光探针法） | 20人份/盒 |  |  |  |  |
| 4 | 人类CYP2C9和VKORC1基因多态性检测试剂盒（PCR-荧光探针法） | 20人份/盒 |  |  |  |  |
| 5 | 人HLA-\*5801基因检测试剂盒（荧光PCR法） | 30人份/盒 |  |  |  |  |
| 6 | 丙戊酸测定试剂盒（荧光免疫层析法） | 25人份/盒 |  |  |  |  |

**注：不限于报价单内型号规格，若供应商有相应符合医院使用场景的不同规格，也可提供相应报价**

公司名称（盖章）：

联系方式：

日期：