附表1  **鄂州市疾病预防控制中心采购需求表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名 称 | 规 格 | 数 量 | 单位 | 单价最高限价（元） | 备注 |
| 1 | HIV抗体检测试剂 | 96T/盒 | 60 | 盒 | 180 | 酶联法 |
| 2 | 梅毒抗体检测试剂 | 96T/盒 | 30 | 盒 | 200 | 酶联法 |
| 3 | 梅毒TRUST检测试剂 | 120T/盒 | 3 | 盒 | 70 | 甲笨胺红不加热血清诊断试剂 |
| 4 | 抗HIV标准物质 | 0.5MCU/1.0ML/支 | 30 | 支 | 120 |  |

**法定代表人授权书**

鄂州市疾病预防控制中心：

兹授权 同志为我公司参加贵中心组织的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_询价活动的全权代表人，全权代表我公司处理在该项目活动中的一切适宜。代理期限从 年 月 日起至 年 月 日止。

授权单位（签章）：

法定代表人（签字或盖章）

签发日期： 年 月 日

授权代表（签字）：

职 务： 联系电话：

|  |
| --- |
| 粘贴法人身份证（复印件） |
| 粘贴被授权人身份证（复印件）  |

**鄂州市疾病预防控制中心采购询价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 规格、型号 | 制造商名称 |  数量 | 单价（元） | 金额（元） | 质保期 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计人民币（大写） |  |  |  |

投标供应商法定代表人或法定代表人授权代表签字：

投标供应商名称(签章)： 时 间： 年 月 日

**鄂州市疾病预防控制中心采购采购技术参数偏差表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 询价文件要求 | 投标文件响应内容 | 偏离情况 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| …… |  |  |  |

技术参数部分须逐一填写本偏差表。

投标供应商保证：投标文件中的响应的技术参数与实物的技术参数相符。