



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας
ΓΝ-Κ.Υ Καρύστου _ ΓΝ-Κ.Υ Κύμης

Ημερομηνία: 15/04/2026
Αρ. Πρωτ.: 7633

Ταχ. Δ/ση: Θέση Βαθροβουνίου (όπισθεν ΚΤΕΛ), Χαλκίδα
Διεύθυνση: Διοικητική Οικονομική Υπηρεσία
Τμήμα: Γραφείο Προμηθειών
Πληροφορίες Παπαδοπούλου Νικολέττα
Τηλέφωνο: 22213-55895
E-mail: sup5gnx@chalkidahospital.gr

Προς:

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Θέμα: Κατάθεση προσφοράς για την προμήθεια: «**ΚΙΤ ΑΝΟΣΟΪΣΤΟΧΗΜΕΙΑΣ**», «**ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ**», για τις ανάγκες του Γ.Ν Χαλκίδας.

Σχετ.: Η υπ' αριθμ. πρωτ. 3842/04-03-2026 αίτηση της Διαχείρισης υλικού.

Παρακαλούμε όπως καταθέσετε την προσφορά σας, στην ηλεκτρονική διεύθυνση [email:sup5gnx@chalkidahospital.gr](mailto:sup5gnx@chalkidahospital.gr) (με σφραγίδα και υπογραφή), για την προμήθεια των κάτωθι ειδών:

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΔΩΝ

A/A	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΚΩΝΟΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ
1	CK-high	34BE12	7ml
2	CD 56	123 C3D5	7ml
3	TTF-1	8G7G3/1	7ml
4	E-Cadherin	NCH-38	7ml
5	Synaptophysin	27G12	7ml
6	CD-X2	EP 25	7ml
7	WT-1	WT49	7ml

8	P 40	BC 28	7ml
9	Progesteron Receptor	16	7ml
10	Mesothelioma	HBME-1	7ml
11	CD-31	JC/70A	7ml
12	PAX-8	MD-50	7ml
13	NAPSIN A	THC 635	7ml
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ			
<ul style="list-style-type: none"> • Τα αντισώματα να είναι έτοιμα προς χρήση, με όγκο τουλάχιστον 7ml. • Να είναι συμβατά με τους ζητούμενους κλώνους. • Να έχουν επώαση αντισώματος έως 20 λεπτά. • Να είναι πιστοποιημένα βάσει οργανισμών ποιοτικού ελέγχου ανοσοϊστοχημείας και να διαθέτουν CE/IVD. • Να είναι ετοιμοπαράδοτα. • Να έχουν μεγάλη διάρκεια ζωής. • Να είναι συμβατά με τη μεθοδολογία του εργαστηρίου. • Να χρειάζονται για την απελευθέρωση της αντιγονικότητας, υψηλό pH= 9 Target Retrieval. • Στην επιλογή των αντισωμάτων θα συνεκτιμηθεί και η προηγούμενη εμπειρία του εργαστηρίου. • <u>ΝΑ ΣΤΑΛΟΥΝ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΠΙ ΠΟΙΝΗ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ</u> 			
14	<p>ΠΟΛΥΜΕΡΕΣ ΑΝΙΧΝΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΥΟ ΣΤΑΔΙΩΝ, ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΒΙΟΤΙΝΗΣ, ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΟ (IgG, IgM) ΚΑΙ ΠΟΛΥΚΛΩΝΙΚΟ ΑΝΤΙΣΩΜΑ ΟΠΟΙΟΥΔΗΠΟΤΕ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗ ΠΟΥ ΝΑ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΚΑΤ' ΕΛΑΧΙΣΤΟΝ ΤΑ ΕΞΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΡΙΑ : TISSUE PRIMER, BACKGROUND BLOCKER, MOUSE/RABBIT ENHANCER, MOUSE/RABBIT HRP POLYMER LABEL, STABLE DAB/PLUS BUFFER ΚΑΙ STABLE DAB/PLUS CHROMOGEN ΣΕ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ >100 mL. ΤΟ ΚΙΤ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΔΟΧΙΚΗΣ ΥΠΕΡΣΗΜΑΝΣΗΣ, ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΔΕΔΕΙΓΜΕΝΑ ΣΥΜΒΑΤΟ ΜΕ ΤΑ ΔΙΑΘΕΣΙΜΑ ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ ΘΕΡΜΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΤΙΓΟΝΟΥ ΚΑΙ ΕΚΠΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΝΑ ΦΕΡΕΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ CE-IVD. ΑΠΟΔΕΚΤΑ ΘΑ ΓΙΝΟΥΝ ΤΑ ΚΙΤ ΠΟΥ ΕΙΤΕ ΕΧΟΥΝ ΔΟΚΙΜΑΣΤΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ, ΕΙΤΕ ΟΙ ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΕΣ ΣΤΕΙΛΟΥΝ ΔΩΡΕΑΝ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΡΟΣ ΔΟΚΙΜΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ. ΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΠΑΡΚΟΥΝ ΓΙΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 30 ΠΛΑΚΙΔΙΑ ΚΑΙ ΘΑ ΓΙΝΟΥΝ ΑΠΟΔΕΚΤΑ ΜΟΝΟ ΕΦΟΣΟΝ ΠΑΡΕΧΟΥΝ ΑΞΙΟΠΙΣΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ, ΚΑΤΟΠΙΝ ΤΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ.</p> <p>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΚΙΤ = 100 mL</p>		

Οι προσφορές πρέπει να κατατεθούν έως και την **ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 17-04-2026**.

Η τιμή να δίδεται ανά ΤΕΜΑΧΙΟ και ο ΦΠΑ να αναγράφεται χωριστά. Να διατίθεται το είδος ετοιμοπαράδοτο.

Όλα τα υπό προμήθεια είδη θα φέρουν σήμανση CE, το οποίο θα αναγράφεται στην προσφορά σας.

Οι τιμές των υλικών στις προσφορές δεν θα πρέπει να ξεπερνούν αυτές που υπάρχουν στο παρατηρητήριο τιμών της ΕΠΥ.

Στην προσφορά να αναγράφεται τον α/α του παρατηρητηρίου της ΕΠΥ. Σε περίπτωση που στην προσφορά σας αναγράφεται ότι δεν υπάρχει αντιστοιχία στο παρατηρητήριο τιμών της ΕΠΥ θα καταθέσετε σχετική υπεύθυνη δήλωση.

Σε περίπτωση που δεν υπάρχει το είδος παρακαλούμε να μας ενημερώσετε στο ανωτέρω e-mail.

Η ισχύς της προσφοράς σας να είναι τουλάχιστον για έξι (6) μήνες, το οποίο θα αναγράφεται ευκρινώς όπως και ο χρόνος παράδοσης αυτών.

Η Αναπληρώτρια Προϊσταμένη

Διεύθυνσης Διοικητικού -
Οικονομικού
του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκίδας

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΑΠΑΡΑΚΗ

α/α ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ