**腹水制备服务需求信息表**

**说明**

|  |
| --- |
| 1、为了准确了解您的项目需求，为您设计最优项目方案，更好地为您提供服务，请在不涉及保密信息的前提下尽可能详细的填写好此表单，如有其他相关材料也请一并附上。  2、请将填写好的表单发送至antibody@kwinbon.com，我们会尽快与您联系。  3、\*为必填项 |

**一、客户信息**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名\* |  |
| 电 话\* |  |
| E-mail\* |  |
| 单位名称\* |  |
| 负责人 |  |
| 联系地址 |  |

**二、细胞株及需求信息**

|  |
| --- |
| 1、细胞株代号\*：  注：请用代号表示细胞株名称，不要显示细胞株具体信息 |
| 2、杂交瘤细胞种属来源\*  人 小鼠 大鼠 兔 其他： |
| 3、杂交瘤所用融合细胞：  sp2/0 NSO y3 63.1 其他： |
| 4、提供杂交瘤细胞形式\*  活细胞 冻存细胞 其他： |
| 5、腹水需求量     ml\* |
| 6、制备腹水后，您是否还需要该细胞株？\*  否 是，需要冻存细胞 是，需要活细胞 |
| 7、抗体纯化  1）是否需要抗体纯化服务？\*  是，细胞株分泌抗体亚型为      否  2）如果选择“是”，请选择抗体纯化方法  辛酸-硫酸铵沉淀法 Protein A Protein G  抗原亲和纯化（多肽、蛋白类抗体可选） 其他：  3）如果选择“是”，需要的纯化抗体量  1-2mg 2-5mg 5-10mg 10-20mg 其他： |
| 8、抗体标记  1）是否需要纯化抗体标记服务？\*  是 否  2）如果选择“是”，请选择标记物要求  HRP FITC Biotin 其他：  3）如果选择“是”，需要的标记抗体量  1-2mg 2-5mg 5-10mg 其他： |
| 9、如果您有其他要求，请详细说明： |

**三、项目信息**

|  |
| --- |
| 1、项目咨询是否是为了经费申请？  此次询价将被用来申请预算 此项目已通过预算申请 |
| 2、此项目预计启动时间：  立即 一个月内 三个月内 半年内 |