|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ TIỀN GIANG | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
| **BỆNH VIỆN ĐKKV CAI LẬY** | **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: 836/BVĐKCL-CNTT  V/v Mời chào giá | *Thị xã Cai Lậy, ngày 09 tháng 4 năm 2025* |

Kính gửi: Các nhà cung cấp

Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cai Lậy có nhu cầu tiếp nhận báo giá để mua sắm mực máy in màu cho dự toán mua sắm “Mua sắm mực máy in màu” của Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy, với nội dung cụ thể như sau:

1. **Thông tin của đơn vị mời báo giá:**

* Đơn vị mời báo giá:
  + Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cai Lậy. Địa chỉ: Số 398, đường Quốc lộ 1, khu phố 1, Phường 4, Thị xã Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang.
* Thông tin liên hệ của bộ phận chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:
  + Phòng Công nghệ thông tin. Số điện thoại: 02733 710 072. Email: [cailay.bvdkkv@tiengiang.gov.vn](mailto:cailay.bvdkkv@tiengiang.gov.vn)
* Cách thức tiếp nhận báo giá:
  + Nhận trực tiếp tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy (Phòng Công nghệ thông tin), địa chỉ: Số 398, đường Quốc lộ 1, khu phố 1, Phường 4, Thị xã Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang vào giờ hành chánh các ngày trong tuần từ thứ hai đến thứ sáu. Báo giá được để vào phong bì niêm phong và đóng dấu giáp lai. Ngoài bìa thư ghi rõ: “Báo giá mực máy in màu”.
  + Thời hạn tiếp nhận báo giá: kể từ ngày thông tin đăng tải thành công trên Cổng thông tin điện tử Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy đến 14:00 ngày 17/4/2025. Các báo giá nhận sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.
* Thời hạn hiệu lực của báo giá: tối thiểu 60 ngày, kể từ ngày báo giá.

1. **Nội dung mời báo giá**

Danh mục hàng hóa: gồm 04 khoản, chi tiết được đính kèm theo Danh mục hàng hóa.

1. **Mẫu báo giá**

* Nếu Quý Công ty có cung cấp hàng hóa kể trên, đề nghị gửi báo giá theo mẫu bên dưới đây (đính kèm Mẫu báo giá), để đơn vị tiến hành lập hồ sơ mua sắm theo quy định.

Trân trọng cảm ơn./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Như trên;  - Phòng CNTT (để đăng tải)  - Lưu: VT, HSMS (Thành). | **Q. GIÁM ĐỐC** |

**DANH MỤC HÀNG HÓA, DỊCH VỤ**

*(Kèm theo công văn số 836/BVĐKCL-CNTT ngày 09 tháng 4 năm 2025)*

| **Stt** | **Tên hàng hóa** | **Thông số kỹ thuật** | **Số lượng** | **Đơn vị tính** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Mực máy in màu (Màu đen) | * Tương thích với máy in Epson: L1110 / L1210 * Màu mực: màu đen - Black (BK) * Mã mực: 003 * Dung tích: ≥ 65ml   - Loại mực: Mực nước | 25 | Chai / Bình |
| 2 | Mực máy in màu (Màu đỏ) | * Tương thích với máy in Epson: L1110 / L1210 * Màu mực: màu đỏ - Magenta (M) * Mã mực: 003 * Dung tích: ≥ 65ml   - Loại mực: Mực nước | 5 | Chai / Bình |
| 3 | Mực máy in màu (Màu vàng) | * Tương thích với máy in Epson: L1110 / L1210 * Màu mực: màu vàng - Yellow (Y) * Mã mực: 003 * Dung tích: ≥ 65ml   - Loại mực: Mực nước | 5 | Chai / Bình |
| 4 | Mực máy in màu (Màu xanh) | * Tương thích với máy in Epson: L1110 / L1210 * Màu mực: màu xanh - Cyan (C) * Mã mực: 003 * Dung tích: ≥ 65ml   - Loại mực: Mực nước | 5 | Chai / Bình |
| **Tổng cộng: 04 khoản** | | | | |

**MẪU BÁO GIÁ**

*(Kèm theo công văn số 836/BVĐKCL-CNTT ngày 09 tháng 4 năm 2025)*

Tên công ty: …

Kính gửi: Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy

**BẢNG BÁO GIÁ**

Đvt: đồng

| STT | Tên hàng hóa | Tên  thương mại | Thông số kỹ thuật | Ký hiệu/ Model | Hãng sản xuất | Nước sản xuất | Bảo hành | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá | Thành tiền |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tổng cộng: khoản | | | | | Tổng thành tiền: ……………………… đồng  *Bằng chữ: …………………………………………………..*  *(Giá đã bao gồm VAT, chi phí giao hàng và các chi phí liên quan)* | | | | | | |

Hiệu lực báo giá: ngày, kể từ ngày báo giá.

*Lưu ý:Công ty gửi báo giá điền đầy đủ thông tin các cột (1),* (*2*), *(3) nếu có, (4), (5) nếu có, (6), (7), (8), (9), (10), (11), (12).*

*Công ty có thể thay đổi mẫu bảng báo giá, nhưng phải đáp ứng đầy đủ các thông tin yêu cầu. Các trường hợp không đầy đủ thông tin thì báo giá xem như không hợp lệ. Tên thương mại có thể là tên thể hiện trên hóa đơn.*

*………., ngày …. tháng ….. năm 2025*

**Người đại diện hợp pháp**

(ký tên, đóng dấu)