

## YÊU CẦU BÁO GIÁ

Kính gửi: Các hãng sản xuất, nhà cung cấp tại Việt Nam.

Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, xây dựng giá dự toán mua sắm, làm cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu cho dự toán mua sắm: “Mua cồn y tế năm 2024”, với nội dung cụ thể như sau:

### I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy (Địa chỉ: Số 398 Quốc lộ 1, Khu phố 1, Phường 4, Thị xã Cai Lậy, Tỉnh Tiền Giang).

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Khoa Dược - Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy, SĐT: 0939 596 576 hoặc 02733 916 717.

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

*Nhận trực tiếp tại địa chỉ:* **Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy** - Khoa Dược (Địa chỉ: Số 398 Quốc lộ 1, Khu phố 1, Phường 4, Thị xã Cai Lậy, Tỉnh Tiền Giang).

*Nhận qua đường bưu điện gửi về địa chỉ:* **Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy** - Khoa Dược (Địa chỉ: Số 398 Quốc lộ 1, Khu phố 1, Phường 4, Thị xã Cai Lậy, Tỉnh Tiền Giang).

*Nhận qua email:* [cailay.bvdkkv@tiengiang.gov.vn](mailto:cailay.bvdkkv@tiengiang.gov.vn); gửi báo giá trên Hệ thống mạng đấu thầu quốc gia;

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: 10 ngày kể từ ngày thông tin đăng tải thành công.

Các báo giá nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày báo giá được ký và nằm trong khoảng thời gian tiếp nhận báo giá.

### II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục hàng hóa như sau:

| STT                        | Tên hàng hóa | Mô tả yêu cầu về tính năng, thông số kỹ thuật cơ bản và các thông tin liên quan về kỹ thuật | Đơn vị tính | Số lượng |
|----------------------------|--------------|---|-------------|----------|
| 1                          | Cồn y tế 70° | Thành phần: Hàm lượng ethanol 70% ± 2%, dung dịch lỏng, không màu                           | Lít         | 4.200    |
| 2                          | Cồn y tế 90° | Thành phần: Hàm lượng ethanol 90% ± 2%, dung dịch lỏng, không màu.                          | Lít         | 240      |
| <b>Tổng cộng: 02 khoản</b> |              |   |             |          |

2. Địa điểm cung cấp tại: Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy - Khoa Dược (Địa chỉ: Số 398 Quốc lộ 1, Khu phố 1, Phường 4, Thị xã Cai Lậy, Tỉnh Tiền Giang).

3. Thời gian giao hàng dự kiến: sau khi ký kết hợp đồng.

4. Dự kiến về các điều khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng: tỷ lệ tạm ứng: không áp dụng, thanh toán hợp đồng: thời hạn thanh toán trong vòng 90 ngày kể từ khi Nhà thầu xuất trình đầy đủ các chứng từ theo yêu cầu như sau: Hóa đơn giá trị gia tăng; Biên bản bàn giao, nghiệm thu hàng hoá; Các giấy tờ khác có liên quan (nếu có).

5. Các thông tin khác (nếu có): Mẫu báo giá đính kèm.

Rất mong sự hợp tác của Quý doanh nghiệp./.

***Nơi nhận:***

- Như trên;
- Phòng CNTT (để đăng tải);
- Lưu: VT, KD.

**KT. GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC**

**BÁO GIÁ**

**Kính gửi: Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy.**

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy, chúng tôi .... [ghi tên, địa chỉ của hãng sản xuất, nhà cung cấp; trường hợp nhiều hãng sản xuất, nhà cung cấp cùng tham gia trong một báo giá (gọi chung là liên danh) thì ghi rõ tên, địa chỉ của các thành viên liên danh] báo giá cho các vật tư y tế như sau:

1. Báo giá cho các vật tư y tế và dịch vụ liên quan:

| STT | Tên hàng hóa | Tên thương mại | Ký, mã, nhãn hiệu, model | Thông số kỹ thuật | Hãng sản xuất/<br>Nước sản xuất | Số Giấy phép lưu hành/<br>Phiếu tiếp nhận | Quy cách | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá (VNĐ) | Chi phí cho các dịch vụ liên quan | Thuế, phí, lệ phí (nếu có) | Thành tiền (VNĐ) |
|-----|--------------|----------------|--------------------------|-------------------|---------------------------------|---|----------|-------------|----------|---------------|-----------------------------------|----------------------------|------------------|
| 1   |              |                |                          |                   |                                 |   |          |             |          |               |                                   |                            |                  |
| n   | ...          |                |                          |                   |                                 |   |          |             |          |               |                                   |                            |                  |

*Đơn giá trên đã bao gồm thuế, phí, lệ phí, chi phí cho các dịch vụ liên quan*

*(Gửi kèm theo các tài liệu chứng minh về tính năng, thông số kỹ thuật và các tài liệu liên quan của vật tư y tế)*

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: .... ngày, kể từ ngày ký báo giá.

3. Chúng tôi cam kết:

- Không đang trong quá trình thực hiện thủ tục giải thể hoặc bị thu hồi Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc Giấy chứng nhận đăng ký hộ kinh doanh hoặc các tài liệu tương đương khác; không thuộc trường hợp mất khả năng thanh toán theo quy định của pháp luật về doanh nghiệp.

- Giá trị của các thiết bị y tế nêu trong báo giá là phù hợp, không vi phạm quy định của pháp luật về cạnh tranh, bán phá giá.

- Những thông tin nêu trong báo giá là trung thực.

....., ngày.... tháng....năm....

**Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà cung cấp**

*(Ký tên, đóng dấu (nếu có))*