

V/v mời chào 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 gói thầu, làm cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu cho gói thầu dự kiến: “Mua đầu côn hút mẫu sử dụng cho máy xét nghiệm miễn dịch tự động, model: G600II”, 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.
2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Nguyễn Xuân Nam, nhân viên Phòng Vật tư thiết bị Y tế, Số đt: 0397462741.

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: **Phòng Vật tư thiết bị Y tế - Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cai Lậy** (Địa chỉ: Số 398, đường Quốc lộ 1, khu phố 1A, phường Cai Lậy, tỉnh Đồng Tháp).

- Nhận qua đường bưu điện gửi về địa chỉ: **Phòng Vật tư thiết bị Y tế - Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cai Lậy** (Địa chỉ: Số 398, đường Quốc lộ 1, khu phố 1A, phường Cai Lậy, tỉnh Đồng Tháp).

- Nhận qua email: **cailay.bvdkkv@dongthap.gov.vn**

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ **08h00** ngày **02** tháng **04** năm **2026** đến trước **17h00** ngày **13** tháng **04** năm **2026**

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 **120 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, hóa chất, như sau:

(*Danh mục hàng hóa đính kèm*)

2. Địa điểm cung cấp, lắp đặt; các yêu cầu về vận chuyển, cung cấp, lắp đặt, bảo quản thiết bị y tế: Kho vật tư Phòng Vật tư thiết bị Y tế - Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cai Lậy (Địa chỉ: Số 398, đường Quốc lộ 1, khu phố 1A, phường Cai Lậy, tỉnh Đồng Tháp).

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 14 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).

Trân trọng cảm ơn./.

Nơi nhận:

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

Q. GIÁM ĐỐC

DANH MỤC HÀNG HÓA

(kèm theo công văn số: 615/BVĐKCL-VTTBYT ngày 01 tháng 04 năm 2026)

STT	Tên hàng hóa	Mô tả yêu cầu về tính năng, thông số kỹ thuật và các thông tin liên quan về kỹ thuật	Đơn vị tính
1	Đầu côn có màng lọc	Sử dụng tương thích với máy xét nghiệm miễn dịch tự động, model: G600II hiện có tại bệnh viện.	Hộp
Tổng cộng: 01 khoản			

MẪU BÁO GIÁ

BÁO GIÁ

Kính gửi: ... [ghi rõ tên của Chủ đầu tư yêu cầu báo giá]

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của.... [ghi rõ tên của Chủ đầu tư yêu cầu báo giá], 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 thiết bị y tế như sau:

1. Báo giá cho các hàng hóa, thiết bị y tế và dịch vụ liên quan:

STT	Tên hàng hóa	Tên thương mại	Ký, mã, nhãn hiệu, model	Thông số kỹ thuật	Hãng SX/Nước SX	Quy cách	Đơn vị tính	Số lượng/khối lượng	Đơn giá (có VAT)	Chi phí cho các dịch vụ liên quan	Thuế, phí, lệ phí (nếu có)	Thành tiền (có VAT)
1												
n	...											

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 hàng hóa 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 của hãng sản xuất/nhà cung cấp
(Ký tên, đóng dấu (nếu có))