

Số: 1023/TYC-BVT

Ninh Thuận, ngày 17 tháng 4 năm 2024

## YÊU CẦU CHÀO GIÁ

Kính gửi: Quý công ty

Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận 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 danh mục mua sắm vật tư y tế dùng trong chẩn đoán hình ảnh phục vụ công tác cấp cứu, khám chữa bệnh của bệnh viện tỉnh với nội dung cụ thể như sau:

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

1. Đơn vị yêu cầu chào giá: Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận, địa chỉ: Đường Nguyễn Văn Cừ, P. Văn Hải, TP. Phan Rang – Tháp Chàm, tỉnh Ninh Thuận.

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Hồng - Phòng VTTBYT – SĐT: 0933.382.248.

### 3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận, Đường Nguyễn Văn Cừ, P. Văn Hải, TP. Phan Rang - Tháp Chàm, tỉnh Ninh Thuận.

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ ngày 17 tháng 04 năm 2024 đến trước 15h00 ngày 03 tháng 5 năm 2024. Các báo giá nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không xem xét.

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày 03 tháng 5 năm 2024.

### II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục chào giá: Mua sắm vật tư y tế dùng trong chẩn đoán hình ảnh phục vụ công tác cấp cứu, khám chữa bệnh của Bệnh viện tỉnh (phụ lục 01).

### 2. Yêu cầu hồ sơ nhà thầu tham dự đính kèm các tài liệu sau:

- Khi chào giá, đề nghị quý nhà thầu chào giá theo mẫu phụ lục 02.
- Tài liệu chứng minh tính hợp lệ của hàng hóa theo mẫu tại phụ lục 02.1 (nếu có).
- Cung cấp tài liệu chứng minh thông số kỹ thuật/ catalogue của nhà sản xuất.

3. Địa điểm giao hàng: Kho Vật tư – Phòng VTTBYT, Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận.

4. Thời gian giao hàng dự kiến: Không quá 05 ngày kể từ ngày Bệnh viện đặt hàng.

5. Dự kiến thanh toán tiền hàng: Trong vòng 03 tháng kể từ khi nghiệm thu hàng hoá.

6. Các thông tin khác:

- Đơn giá trên báo giá đã bao gồm thuế VAT, chi phí vận chuyển, chi phí lắp đặt và các chi phí khác (nếu có).

- Hạn dùng của hàng hoá được tính từ ngày Bệnh viện nhận được hàng:

+ Đối với danh mục vật tư y tế: Hạn dùng  $\geq 6$  tháng.

+ Đối với danh mục hoá chất xét nghiệm: Hạn dùng  $\geq 3$  tháng.

- Yêu cầu chào giá này được đăng tải trên trang thông tin điện tử của Bệnh viện: [benhvienninhthuan.vn](http://benhvienninhthuan.vn).

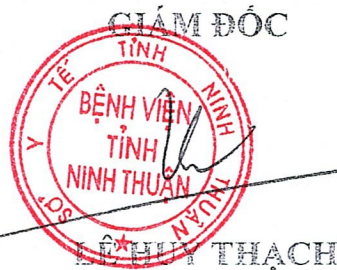
- Ngoài phong bì, Quý công ty ghi rõ thông tin: Tên đơn vị tham gia báo giá; Tên gói thầu báo giá; Người nhận: Hồng - Phòng VTTBYT – SĐT: 0933.382.248, Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận.

Rất mong nhận được sự hợp tác của Quý Công ty./.

Nơi nhận:

- Như trên;

- Lưu: VT, TCG<sub>2</sub>





PHỤ LỤC 01  
DANH MỤC MUA SẢN PHẨM Y TẾ DÙNG TRONG CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH PHỤC VỤ CÔNG  
TÁC CẤP CỨU, KHÁM CHỮA BỆNH CỦA BỆNH VIỆN TỈNH  
(Đính kèm Yêu cầu chào giá số 1023/TYC-BVT ngày 17 tháng 4 năm 2024)

| STT | Tên hàng hóa       | Thông số kỹ thuật                                                                                                                                       | ĐVT | Số lượng |
|-----|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|
| 1   | Bơm tiêm cân quang | Dùng cho máy bơm cân quang 1 nòng CT9000<br>Gồm:<br>- 1 ống tiêm 200ml<br>- 1 ống hút hoặc đầu kim nhựa lấy thuốc.<br>- 1 dây nối áp lực cao dài 150 cm | Bộ  | 50       |

txhu





PHỤ LỤC 02  
MẪU YÊU CẦU CHÀO GIÁ CỦA BỆNH VIỆN TỈNH NINH THUẬN

TÊN CÔNG TY: .....  
Địa chỉ: .....  
Điện thoại liên hệ: .....

BẢNG BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận

Địa chỉ: Đường Nguyễn Văn Cừ, P. Văn Hải – Tp.PR-TC – Ninh Thuận

Theo Thu yêu cầu số /TYC-BVT ngày tháng năm 2024 của Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận, Công ty chúng tôi báo giá như sau:

| Stt       | Tên hàng hoá | Tên thương mại | Mã sản phẩm | Thông số kỹ thuật | Hãng /Nước sản xuất | Quy cách | Hạn dùng (≥ tháng) | ĐVT | Số lượng | Đơn giá (có VAT) | Thành tiền (VNĐ) |
|-----------|--------------|----------------|-------------|-------------------|---------------------|----------|--------------------|-----|----------|------------------|------------------|
| 1         |              |                |             |                   |                     |          |                    |     |          |                  |                  |
| 2         |              |                |             |                   |                     |          |                    |     |          |                  |                  |
| ....      |              |                |             |                   |                     |          |                    |     |          |                  |                  |
| Tổng cộng |              |                |             |                   |                     |          |                    |     |          |                  | ...              |

Đơn giá trên đã bao gồm thuế VAT, chi phí vận chuyển đến đơn vị sử dụng.  
Bảo giá có hiệu lực.....ngày, kể từ ngày .....  
Chúng tôi cam kết: Không đang trong quá trình thực hiện thủ tục giải thể hoặc bị thu hồi ký Đăng ký kinh doanh, không thuộc trường hợp mất khả năng thanh toán theo quy định của pháp luật về doanh nghiệp. Giá trị của các mặt hàng nêu trong báo giá là phù hợp, không quy phạm quy định của pháp luật về cạnh tranh, bán phá giá. Những thông tin nêu trong báo giá là trung thực.  
Điều kiện khác kèm theo báo giá (nếu có).

....., Ngày ... tháng .... năm 2024  
Giám đốc hoặc người được ủy quyền  
(Ký tên và đóng dấu)  
v.v.v

PHỤ LỤC 02.1

MẪU ĐÍNH KÈM TÀI LIỆU HỢP LỆ HÀNG HÓA CỦA BỆNH VIỆN TỈNH NINH THUAN

TÊN CÔNG TY: .....  
Địa chỉ: .....  
Điện thoại liên hệ: .....

TÀI LIỆU HỢP LỆ HÀNG HÓA

| S<br>T<br>T | Danh mục<br>hàng hoá dự<br>thầu | Chứng<br>loại/ mã<br>sản phẩm | Hãng/ nước<br>sản xuất | Hãng/ nước<br>chủ<br>sở hữu | PTN công bố đủ điều<br>kiện mua bán TTBYT | Số lưu hành, số đăng<br>ký lưu hành, giấy<br>chứng nhận đăng ký<br>lưu hành, giấy phép<br>nhập khẩu | Phân<br>loại<br>TTBYT | Bảng kết quả phân<br>loại | Tiêu chuẩn<br>chất lượng |
|-------------|---------------------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1           |                                 |                               |                        |                             | Số Ngày cấp                               | Số Ngày cấp                                                                                         |                       | Số Ngày cấp               |                          |
| 2           |                                 |                               |                        |                             |                                           |                                                                                                     |                       |                           |                          |
| ...         |                                 |                               |                        |                             |                                           |                                                                                                     |                       |                           |                          |

Ngày ... tháng .... năm 2024  
Giám đốc hoặc người được ủy quyền  
(Ký tên và đóng dấu)