

Số: /TYC-BVT

Ninh Thuận, ngày tháng 9 năm 2024

YÊU CẦU BÁO GIÁ

Kính gửi: Quý Công ty

Bệnh viện đa khoa 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 gói thầu Mua sắm bổ sung thuốc Generic của Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận lần 04 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 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:

- DS. Lưu Ngọc Thùy Nga, nhân viên Khoa Dược

- Số điện thoại: 0798.165.363

- Địa chỉ: Khoa Dược – Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận, đường Nguyễn Văn Cừ, phường Văn Hải, Tp. Phan Rang Tháp Chàm, tỉnh Ninh Thuận

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Bệnh viện đa khoa 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 06/9/2024 16:00 đến ngày 16/9/2024 16:00

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

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: 90 ngày kể từ ngày 16/9/2024 16:00.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục báo giá:

- Danh mục Mua sắm bổ sung thuốc Generic của Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận lần 04:

STT	Tên hoạt chất	Nhóm	Nồng độ - hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Đơn vị tính
1	Lidocain + epinephrin (adrenalin)	Nhóm 1	(36mg + 18,13mcg)/ 1,8ml	Tiêm	Thuốc tiêm	Ống

2. Địa điểm cung cấp: Kho chính khoa dược, Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận

3. Thời gian giao hàng dự kiến: ≤ 3 ngày

Ghi chú:

- Đơn giá trên bao gồm thuế VAT, chi phí vận chuyển;
- Hàng hoá phải đảm bảo chất lượng;
- Thư yêu cầu này được đăng tải trên trang thông tin điện tử của Bệnh viện: benhvienninhthuan.vn;
- Ngoài phong bì, Quý công ty ghi rõ thông tin: Tên đơn vị tham gia báo giá và tên thuốc báo giá.

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

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu: VT, TCG₍₂₎

GIÁM ĐỐC

LÊ HUY THẠCH

TÊN CÔNG TY (Tên đầy đủ):

Địa chỉ:

Điện thoại liên hệ:

BẢNG BÁO GIÁ

Kính gửi: **Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận**

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

Theo Thư yêu cầu số...../TYC-BVT ngàytháng ...năm 2024 của Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận, Công ty chúng tôi.....[ghi tên công ty] báo giá như sau:

ST T	Tên hoạt chất (chỉ ghi tên hoạt chất)	Tên thương mại	Nồng độ, hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Quy cách đóng gói	Đơn vị tính	Tên nhà SX	Nước SX	Hạn dùng (tháng)	SDK hoặc Số GPNK	Đơn giá (có VAT)	KK/KKL mới nhất		Nhóm TCKT
													Giá	Ngày tháng năm	
1															
...															
Tổng cộng															

Báo giá có hiệu lực: 90 ngày kể từ ngày 16/9/2024 16:00.

Các tài liệu gửi kèm (nếu có)

....., ngày tháng năm 2024

GIÁM ĐỐC CÔNG TY

(Ký tên và đóng dấu)

