

Số: /TYC- NTBVT

Ninh Thuận, ngày tháng năm 2024

## **YÊU CẦU BÁO GIÁ**

Kính gửi: Quý Công ty

Nhà thuốc 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 thuốc Generic lần 1 của nhà thuốc Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận với nội dung cụ thể như sau:

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

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Nhà thuốc 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. Lộ Thái Trân, nhân viên Khoa Dược

- Số điện thoại: 0933.271.596

- Địa chỉ: Nhà thuốc 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: Nhà thuốc 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 22/10/2024 16:00 đến ngày 31/10/2024 17:00

- 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 31/10/2024 17:00.

### **II. Nội dung yêu cầu báo giá:**

1. Danh mục báo giá:

- Danh mục Mua sắm thuốc Generic lần 1 của nhà thuốc Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận

STT	Tên hoạt chất	Nhóm	Nồng độ - hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Đơn vị tính
1	Acid amin*	Nhóm 2	7,2%/200ml	Tiêm truyền	Thuốc tiêm truyền	Chai/lọ/ống/túi
2	Alverin citrat + simethicon	Nhóm 4	40mg + 80mg	Uống	Viên nang	Viên
3	Clobetasol propionat	Nhóm 2	0,05%/10g	Dùng ngoài	Thuốc dùng ngoài	Tuýp, ống
4	Irbesartan	Nhóm 3	75mg	Uống	Viên	Viên
5	Levocetirizin	Nhóm 2	10mg	Uống	Viên	Viên
6	Methyl prednisolon	Nhóm 3	8mg	Uống	Viên	Viên
7	Metronidazol + neomycin + nystatin	Nhóm 2	500mg + 65.000IU + 100.000IU	Đặt âm đạo	Đặt âm đạo	Viên
8	Paracetamol (acetaminophen)	Nhóm 2	250mg	Uống	Bột/cốm/hạt pha uống	Gói
9	Sắt nguyên tố (dưới dạng phức hợp Sắt (III) hydroxid polymaltose)	Nhóm 2	1500mg sắt nguyên tố /150ml	Uống	Dung dịch, nhũ dịch, hỗn dịch uống	Chai
10	Sildenafil	Nhóm 1	100mg	Uống	Viên bao tan ở ruột	Viên

STT	Tên hoạt chất	Nhóm	Nồng độ - hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Đơn vị tính
11	Liraglutide	Nhóm 1	18mg/3ml	Tiêm	Thuốc tiêm	Bút tiêm
12	Promestrien	Nhóm 5	10mg	Đặt âm đạo	Viên	Viên
13	Methylphenidate	Nhóm 5	10mg	Uống	viên nén	viên

2. Địa điểm cung cấp: Nhà thuốc Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận

3. Thời gian giao hàng dự kiến:  $\leq 3$  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](http://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<sub>(2)</sub>

**GIÁM ĐỐC**

**LÊ HUY THẠCH**

**TÊN CÔNG TY (Tên đầy đủ):** .....

**Địa chỉ:** .....

**Điện thoại liên hệ:** .....

### BẢNG BÁO GIÁ

Kính gửi: **Nhà thuốc 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 ngày .....tháng ...năm 2024 của Bệnh viện tỉnh Ninh Thuận, Công ty chúng tôi.....[ghi tên công ty] báo giá như sau:

STT	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															
...															
<b>Tổng cộng</b>															

Báo giá có hiệu lực: 90 ngày kể từ ngày 31/10/2024 17:00.

Các tài liệu gửi kèm (nếu có)

....., ngày ... tháng .... năm 2024

**GIÁM ĐỐC CÔNG TY**

(Ký tên và đóng dấu)