

Số: /TYC-BVNT

Khánh Hòa, ngày tháng 6 năm 2026

## **YÊU CẦU CHÀO GIÁ**

Kính gửi: Quý Công ty

Bệnh viện Đa khoa 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 dịch vụ phục hình nha khoa phục vụ công tác khám, chữa bệnh của Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận 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 Đa khoa Ninh Thuận, địa chỉ: Đường Nguyễn Văn Cừ, P. Ninh Chữ, tỉnh Khánh Hòa.

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Luân - Phòng VTTBYT – SĐT: 0979.666.904.

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

Bản gốc nhận trực tiếp tại địa chỉ: Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận, Đường Nguyễn Văn Cừ, P. Ninh Chữ, tỉnh Khánh Hòa.

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: từ ngày phát hành yêu cầu chào giá đến trước 15h ngày 01 tháng 7 năm 2026. 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 01/7/2026.

### **II. Nội dung yêu cầu báo giá:**

1. Danh mục chào giá: dịch vụ phục hình nha khoa phục vụ công tác khám, chữa bệnh của Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận (phụ lục).

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

- Thư chào giá hoặc bảng báo giá của nhà thầu theo mẫu tại Biểu mẫu.

- Hồ sơ năng lực đơn vị thực hiện;

- Tài liệu chứng minh khả năng thực hiện dịch vụ (nếu có);

- Quyết định trúng thầu hoặc hợp đồng trúng thầu có danh mục tương tự tại các Bệnh viện công lập bằng hình thức đấu thầu rộng rãi gần nhất (nếu có).

3. Địa điểm thực hiện: Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận.

4. Các thông tin khác:

- Số lượng báo giá: 01 bản.

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

- Thư yêu cầu này được đăng tải trên các trang thông tin điện tử: [benhvienninhthuan.vn](http://benhvienninhthuan.vn); [muasamcong.mpi.gov.vn](http://muasamcong.mpi.gov.vn); [chaogiattbyt.moh.gov.vn](http://chaogiattbyt.moh.gov.vn).

- Ngoài phong bì, Quý công ty ghi rõ thông tin: **Tên đơn vị tham gia báo giá; Tên danh mục báo giá; Người nhận: Luân - Phòng VTTBYT – SĐT: 0979.666.904, Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận.**

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

***Nơi nhận:***

- Như trên;
- Lưu: VT, VTTBYT<sub>2</sub>

**GIÁM ĐỐC**

**Lê Huy Thạch**

**DANH MỤC DỊCH VỤ PHỤC HÌNH NHA KHOA**

Đính kèm Thư yêu cầu số: /TYC-BVNT ngày /6/2026 của Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận)

Stt	Danh mục	Yêu cầu kỹ thuật	Đvt	Số lượng
1	Mão kim loại trên implant		Cái	5
2	Mão kim loại titanium trên implant		Cái	10
3	Mão toàn sứ trên implant		Cái	10
4	Hàm giả tháo lắp toàn hàm		Hàm	5
5	Hàm giả tháo lắp bán phần (1 răng)		Hàm	100
6	Hàm khung kim loại		Hàm	5
7	Đệm hàm		Hàm	5
8	Vá hàm		Hàm	5
9	Cùi giả kim loại		Cái	10
10	Mão kim loại		Cái	50
11	Mão kim loại titanium		Cái	20
12	Mão toàn sứ		Cái	10
13	Máng nhai		Cái	10

**BIỂU MẪU**  
**MẪU YÊU CẦU CHÀO GIÁ CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA NINH THUẬN**

**Kính gửi: Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận**

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận, 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 thiết bị y tế và dịch vụ liên quan

STT	Danh mục thiết bị y tế	Yêu cầu về tính năng, thông số kỹ thuật	Ký, mã, nhãn hiệu, model	Hãng/nước sản xuất	Mã HS	Hạn dùng ( $\geq$ tháng)	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá (có VAT)	Thành tiền (VNĐ)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)=(9)*(10)
1	Thiết bị A									
2	Thiết bị B									
n	...									
	<b>Tổng cộng</b>									

(Gửi kèm theo các tài liệu chứng minh về tính năng, thông số kỹ thuật và các tài liệu liên quan của hàng hóa)

2. Đơn giá trên báo giá đã bao gồm thuế VAT, chi phí vận chuyển và các chi phí dịch vụ liên quan.

3. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: .... ngày, kể từ ngày ... tháng ... năm ... [ghi cụ thể số ngày nhưng không nhỏ hơn 90 ngày], kể từ ngày ... tháng... năm. ..[ghi ngày ....tháng...năm... kết thúc nhận báo giá phù hợp với thông tin tại khoản 4 Mục I - Yêu cầu báo giá].

4. 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 2026

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

(Ký tên, đóng dấu (nếu có))