

Số: /TYC-BVNT

Khánh Hòa, ngày tháng 7 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 danh mục dịch vụ kiểm định máy đo loãng xương bằng tia X 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, Phường Ninh Chữ, Tỉnh Khánh Hòa.

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: **Vân - Phòng VTTBYT – SĐT: 0918.808.648.**

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, Phường Ninh Chữ, Tỉnh Khánh Hòa.

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: từ ngày phát hành yêu cầu chào giá đến trước 15h ngày 23 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 23/7/2026.

### II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục chào giá: Dịch vụ kiểm định máy đo loãng xương bằng tia X 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.

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, chi phí vận chuyển và các chi phí dịch vụ liên quan.

- 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: Vân - Phòng VTTBYT – SĐT: 0918.808.648, 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**

**PHỤ LỤC**

**DANH MỤC DỊCH VỤ KIỂM ĐỊNH MÁY ĐO LOÃNG XƯƠNG BẰNG TIA X  
PHỤC VỤ CÔNG TÁC KHÁM, CHỮA BỆNH**

(Đính kèm Thư yêu cầu số /TYC-BVNT ngày tháng 7 năm 2026)

| STT | Danh mục dịch vụ   | Nội dung dịch vụ | ĐVT | Số lượng |
|-----|--|------------------|-----|----------|
| 1   | Kiểm định Máy đo loãng xương<br>bằng tia X<br>Model: EXA 3000<br>Hãng sản xuất: OSTEOSYS | Kiểm định        | Máy | 01       |

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

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

**BẢNG BÁO GIÁ**

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

Địa chỉ: Đường Nguyễn Văn Cừ, Phường Ninh Chữ, Tỉnh Khánh Hòa

Theo Thư yêu cầu số /TYC-BVNT ngày tháng năm 2026 của Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận, Công ty chúng tôi báo giá như sau:

1. Báo giá cho danh mục dịch vụ:

| <b>STT</b>       | <b>Danh mục dịch vụ</b> | <b>Nội dung dịch vụ</b> | <b>Đơn vị tính</b> | <b>Số lượng</b> | <b>Đơn giá<br/>(có VAT)</b> | <b>Thành tiền<br/>(VNĐ)</b> |
|------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <i>(1)</i>       | <i>(2)</i>              | <i>(3)</i>              | <i>(4)</i>         | <i>(5)</i>      | <i>(6)</i>                  | <i>(7)=(5)*(6)</i>          |
| <i>1</i>         |                         |                         |                    |                 |                             |                             |
| <i>2</i>         |                         |                         |                    |                 |                             |                             |
| <i>n</i>         |                         |                         |                    |                 |                             |                             |
| <b>Tổng cộng</b> |                         |                         |                    |                 |                             | ...                         |

2. Đơn giá trên báo giá đã bao gồm thuế VAT, chi phí vận chuyển và các chi phí dịch vụ liên quan.
3. Thời gian thực hiện: ..... ngày, kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực.
4. 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].
5. 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  
**Giám đốc hoặc người được ủy quyền**  
(Ký tên và đóng dấu)