

Số: 664 /BVĐK-VTTBYT
Về việc mời báo giá vật tư y tế

Ninh Bình, ngày 06 tháng 5 năm 2024

THƯ MỜI BÁO GIÁ

Kính gửi: Các Công ty sản xuất, kinh doanh vật tư y tế

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình đang 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 Khung giá đỡ mạch vành phủ thuốc Sirolimus sử dụng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình với nội dung cụ thể như sau:

I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá

- Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình
- Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Bộ phận văn thư, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình. (Nếu có các vấn đề cần làm rõ, đề nghị liên hệ bà Nguyễn Kim Thủy, SĐT 0943.471.606 để được giải đáp)
- Cách thức tiếp nhận báo giá:

Nhận trực tiếp hoặc qua chuyển phát nhanh tại Bộ phận văn thư, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

- Nhận bản giấy:

Các đơn vị gửi trực tiếp bản giấy báo giá hoặc gửi qua dịch vụ chuyển phát về địa chỉ sau đây (ghi trên bao bì báo giá):

Bộ phận Văn thư, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Địa chỉ: Đường Tuệ Tĩnh, phường Nam Thành, thành phố Ninh Bình, tỉnh Ninh Bình; Điện thoại: 02293 871 030.

- Nhận bản scan màu qua email: vtytbvdknb@gmail.com.

- Thời hạn tiếp nhận báo giá: Trước 17h00 ngày 16 / 5/2024.

Thời điểm tiếp nhận báo giá được tính là thời điểm nhận báo giá bản giấy hoặc thời điểm nhận bản scan qua email (*thời điểm báo có thư đến*) tùy thời điểm nào đến trước.

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

- Thời hạn có hiệu lực của báo giá: **Tối thiểu 180 ngày**, kể từ thời điểm kết thúc nhận báo giá phù hợp với thông tin tại khoản 4 Mục này.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

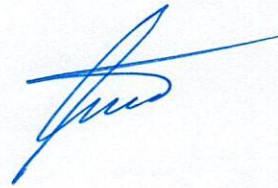
- Danh mục vật tư (có phụ lục kèm theo)
- Địa điểm cung cấp, các yêu cầu về vận chuyển, cung cấp:

- Địa điểm cung cấp: Kho Vật tư tiêu hao – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình
- Yêu cầu về vận chuyển, cung cấp: Vận chuyển, bốc xếp, bàn giao tại Kho Vật tư tiêu hao – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình
- 3. Thời gian giao hàng dự kiến: Trong vòng 05 ngày kể từ ngày đặt hàng.
- 4. Dự kiến các điều khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng:
 - Tạm ứng: Không
 - Phương thức thanh toán: bằng chuyển khoản. Thời gian thanh toán: 30 ngày kể từ ngày hoàn thành hồ sơ thanh toán.
- 5. Các thông tin khác
 - Tình trạng hàng hóa: mới 100%.
 - Mẫu báo giá: Theo mẫu báo giá kèm theo công văn này. / *H.A*

Nơi nhận:

- Như trên;
- Giám đốc (để b/c);
- Phòng CTXH (để đăng tải)
- Lưu: VT, TCKT, VT-TBYT.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



Nguyễn Văn Tuyên

Phụ lục
DANH SÁCH CÁC MẶT HÀNG MỜI BÁO GIÁ
(Kèm theo Thư mời báo giá số 664 /BVĐK-VTTBYT ngày 06/ 5/2024
của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình)

STT	Danh mục	Yêu cầu thông số kỹ thuật	Yêu cầu xuất xứ	Đơn vị tính	Số lượng
1	Khung giá đỡ mạch vành phủ thuốc Sirolimus	Khung giá đỡ mạch vành phủ thuốc sirolimus. Đạt tiêu chuẩn CE hoặc FDA. Đạt tiêu chuẩn ISO 13485.		Cái	90
Tổng số: 01 mặt hàng					

Mẫu báo giá

(Kèm theo Yêu cầu báo giá báo giá số 664 /BVĐK-VTTBYT ngày 06/5/2024 của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình)

Công ty...

Địa chỉ...

Điện thoại...

Email...

BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, 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 các thiết bị y tế như sau:

1. Báo giá cho các thiết bị y tế và dịch vụ liên quan

STT	Danh mục hàng hóa	Ký, mã, nhãn hiệu	Hãng, nước Sản xuất	Thông số kỹ thuật	Mã HS	Năm SX	Xuất xứ	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá (Có VAT)	Thành tiền (VND)
1											
2											
...											
Tổng số: ... mặt hàng											

Giá trên đã bao gồm phí, thuế và vận chuyển bốc xếp tại kho

(Gửi kèm theo các tài liệu chứng minh về tính năng, thông số kỹ thuật và các tài liệu liên quan của thiết bị y tế)

2. 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]

3. Chúng tôi cam kết:

- Không đang trong quá trình thực hiện thủ tục giải thể hoặc bị thu hồi Giấy chứng nhận đăng kí kinh 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 5 năm 2024

ĐẠI DIỆN CÔNG TY

(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)