

YÊU CẦU BÁO GIÁ LẦN 2

Kính gửi: Các hãng sản xuất, nhà cung cấp vật tư y tế

Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định có nhu cầu tiếp nhận báo giá để làm cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu cho gói thầu mua chỉ phẫu thuật phục vụ mổ cấp cứu 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 Nam Định
- Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Phòng văn thư – Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định
- Cách thức tiếp nhận báo giá:
 - Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Phòng Văn thư – Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định – số 2 Trần Quốc toản, phường Ngô Quyền, Tp Nam Định, Tỉnh Nam Định
- Thời gian tiếp nhận báo giá: đến hết ngày 12/01/2024.
- Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 30 ngày, kể từ ngày 12/1/2024.

II, Nội dung yêu cầu báo giá:

- Danh mục hàng hóa mua sắm

STT	Tên hàng hoá	Kích cỡ, chủng loại	Hãng/ nước SX	Đơn vị	Số lượng
1	Chỉ phẫu thuật Optime		Peters Surgical/ Pháp		
		Số 1		Sợi	400
		Số 2/0		Sợi	350
		Số 3/0		Sợi	350
		Số 4/0		Sợi	100
2	Chỉ Carelon (Nylon)		CPT/Việt Nam		
		Số 2/0		Sợi	100
		Số 3/0b		Sợi	500
		Số 4/0		Sợi	300

3	Chỉ Trustigut (chromic catgut)	Số 4/0	CPT/Việt Nam	Sợi	150
---	--------------------------------	--------	--------------	-----	-----

2. Địa điểm bàn giao hàng hóa: Phòng VT – bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

Thời gian giao hàng dự kiến: từ 45 ngày kể từ ngày ký hợp đồng

3. Các giấy tờ kèm theo (gửi kèm cùng báo giá)

- Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp của công ty

- Phiếu tiếp nhận hồ sơ công bố đủ điều kiện mua bán hoặc sản xuất TTBYT

- Giấy tờ hàng hóa cung cấp

+ Giấy ủy quyền hoặc giấy phép bán hàng của nhà sản xuất (tuân thủ điều 27, thông tư 08/2022/TT-BKHĐT

+ Bảng phân loại TTBYT

+ Giấy phép lưu hành hoặc giấy phép nhập khẩu hoặc phiếu tiếp nhận (thông tin) hồ sơ công bố tiêu chuẩn áp dụng của TTBYT

+ Chứng chỉ chất lượng ISO hoặc tương đương của hàng hóa

+ C/O, C/Q hoặc tương đương (kèm theo bản dịch- bàn giao cùng hàng hóa)

+ Tờ khai hải quan – Bàn giao cùng hàng hóa

Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của quý đơn vị.

Nơi nhận:

- Như kính gửi
- Lưu: VT; VTTBYT.

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC



Hoàng Thị Kim Yên

PHỤ LỤC

(Đính kèm Thông báo số: 73/TB-BVT ngày 09 tháng 01 năm 2024)

BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

....., ngày..... tháng.....năm 2024

Trên cơ sở yêu cầu của báo giá của Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam định, chúng tôi
(ghi tên, địa chỉ ...) báo giá cho cácnhư sau:

Đơn vị: VNĐ

TT	Tên hàng hóa	Hãng/ nước sản xuất	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá	Thành tiền
1.	Hạng mục 1 - Tên thương mại (nếu có) - Model hoặc ký mã hiệu: - Tính năng và thông số kỹ thuật chi tiết sản phẩm				1	
2.	Hạng mục 1 - Tên thương mại (nếu có) - Model hoặc ký mã hiệu: - Tính năng và thông số kỹ thuật chi tiết sản phẩm				2	
3.					
Tổng cộng: (Bằng chữ:.....)						

Giá trên là giá đã bao gồm thuế, phí vận chuyển và các loại phí.

- Hàng hóa mới 100%,.....
- Thời gian giao hàng:.....
- Báo giá trên có hiệu lực trong vòng kể từ ngàytháng.....năm.....
- Chúng tôi cam kết

- Không đang trong quá trình thực hiện thủ tục giải thể hoặc thu hồi Giấy chứng nhận 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

- Những thông tin nêu trong báo giá là trung thực
- Giá trị của các trang 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

ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CÔNG TY

ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CÔNG TY