

SỞ Y TẾ NAM ĐỊNH  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 225/BVT-VTTBYT  
V/v yêu cầu báo giá vật tư thay thế

Nam Định, ngày 16 tháng 01 năm 2025

Kính gửi: Công ty CP đầu tư Giải pháp y tế HSI

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, dự toán mua sắm thay bộ dây bơm nhu động cho máy điện giải đồ 9180 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 tiếp nhận báo giá:
  - Bảng báo giá theo mẫu đính kèm
  - Báo giá nhận qua đường bưu điện hoặc nhận trực tiếp tại địa chỉ: Phòng văn thư - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Địa chỉ: số 2, đường Trần Quốc Toản, P. Năng Tĩnh, TP Nam Định, tỉnh Nam Định.
- Thời gian tiếp nhận báo giá ngày 17/01/2025  
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 60 ngày kể từ ngày báo giá có hiệu lực.

**II. Nội dung yêu cầu báo giá:**

- Danh mục thay thế gồm:


STT	Tên hàng hóa, dịch vụ	Tiêu chí KT	Đơn vị tính	Số lượng
1	Thay mới dây bơm nhu động cho máy điện giải đồ	- Đáp ứng yêu cầu kỹ thuật, hoạt động máy điện giải đồ 9180 (Model: 9180; S/N: 16385; Hãng/ nước sản xuất: Roche/Đức) - Tương thích với thiết bị của Bệnh viện.	Cái	01

- Mỗi đơn vị chỉ tham gia chào 01 báo giá.
- Đơn vị tham gia chào hàng chào toàn bộ danh mục hàng hóa tại Khoản 1 Mục II. Biểu mẫu báo giá vận dụng theo Phụ lục đính kèm.
- Đơn vị cung cấp báo giá chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc cung cấp thông tin báo giá của hàng hóa.



2. Địa điểm bàn giao hàng hóa: Phòng Vật tư - TBYT Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định.

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

Nơi nhận: 

- Như trên;
- Lưu: VT, VTTBYT.







**Phụ lục**

(Đính kèm văn bản số: 225/BVT-VTTBYT ngày 16 tháng 01 năm 2025 của Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định)

**BÁO GIÁ**

Kính gửi: Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định

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

Đơn vị: VNĐ

STT	Tên hàng hóa	Tên thương mại (nếu có)	Ký mã hiệu, Mã SP, ....	Tính năng (Thông số KT)	Hãng/ Nước SX	Quy cách	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá	Thành tiền
1									1	
2									2	
3	.....									
<b>Tổng cộng:</b> ( 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 ngày.... tháng.... Năm....
- Thông tin người liên hệ , số điện thoại, địa chỉ Mail ....
- Chúng tôi cam kết:

- Không trong quá trình 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.

- Đơn vị cung cấp báo giá chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc cung cấp thông tin báo giá của hàng hóa .

- Những thông tin nêu trong báo giá là trung thực.

....., ngày.....tháng.....năm

**Đại diện hợp pháp của công ty**