

Bố Trạch, ngày 06 tháng 8 năm 2024

YÊU CẦU BÁO GIÁ

Kính gửi: Các hãng sản xuất, nhà cung cấp tại Việt Nam.

Bệnh viện đa khoa huyện Bố Trạch tỉnh Quảng Bình 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 điều nhang ngải cứu phục vụ khám chữa bệnh năm 2024 của Bệnh viện đa khoa huyện Bố Trạch với nội dung cụ thể như sau:

I. Thông tin đơn vị yêu cầu báo giá:

1. Đơn vị yêu cầu báo giá:

Bệnh viện đa khoa huyện Bố Trạch tỉnh Quảng Bình.

Địa chỉ: Tổ dân phố 5 – thị trấn Hoàn Lão – huyện Bố Trạch – tỉnh – Quảng Bình.

2. Thông tin liên hệ người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:

Phòng Văn thư Bệnh viện đa khoa huyện Bố Trạch

Số điện thoại: 0232.3610017.

3. Cách thức nhận báo giá:

- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Phòng Văn thư Bệnh viện đa khoa huyện Bố Trạch; Địa chỉ: Tổ dân phố 5 – thị trấn Hoàn Lão – huyện Bố Trạch – tỉnh Quảng Bình.

4. Thời gian tiếp nhận báo giá:

- Từ ngày 06 tháng 8 năm 2024 đến ngày 16 tháng 8 năm 2024.

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

5. Thời gian có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày 16 tháng 8 năm 2024.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục hàng hóa, thiết bị y tế:

STT	Danh mục	Mô tả yêu cầu về tính năng, thông số kỹ thuật và các thông tin liên quan về kỹ thuật	Số lượng/ khối lượng	Đơn vị tính
1	Điều nhang Ngải Cứu (Cỡ Trung)	Gói 10 điều nhang	3.000	Điều

2. Địa điểm cung cấp, lắp đặt, vận chuyển, hướng dẫn sử dụng, bảo hành: tại Bệnh viện đa khoa huyện Bố Trạch.

3. Thời gian giao hàng dự kiến:

4. Dự kiến các khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng:

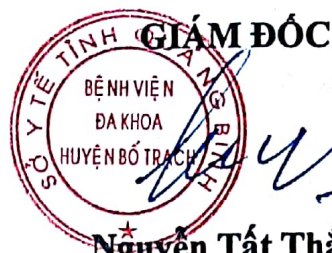
- Không tạm ứng.

- Thanh toán hợp đồng: 90 ngày kể từ ngày nghiệm thu và hoàn thành đưa vào sử dụng.

Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của Quý đơn vị!

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu VT.



Nguyễn Tất Thắng

TÊN ĐƠN VỊ BÁO GIÁ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện đa khoa huyện Bồ Trạch

Trên cơ sở thư mời báo giá số.....của Bệnh viện đa khoa huyện Bồ Trạch.

Chúng tôi là....., có địa chỉ tại.....Chúng tôi xin gửi tới Quý Bệnh viện
bản chào giá các mặt hàng như sau:

1. Báo giá hàng hóa, thiết bị y tế:

S T T	Danh mục hàng hóa	Mã, nhãn hiệu, model, hãng sản xuất	Mã HS	Năm sản xuất	Xuất xứ	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá (VAT)	Chi phí các dịch vụ liên qua (VND)	Thuế phí, lệ phí (nếu có) (VND)	Thành tiền (VND)

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

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng.....ngày kể từ ngày....tháng....năm...

3. 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 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 hàng hóa, 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.....

Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà cung cấp
(Ký tên, đóng dấu)