

Số: /TTYT-KDTTB
V/v yêu cầu báo giá thuốc phun muỗi

Chi Lăng, ngày 23 tháng 5 năm 2024

YÊU CẦU BÁO GIÁ
Kính gửi: Các hãng sản xuất, nhà cung cấp tại Việt Nam

Trung tâm Y tế huyện Chi Lăng có nhu cầu tiếp nhận báo giá để đơn vị tham khảo, xây dựng giá gói thầu, làm cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu cho gói thầu Mua thuốc phun muỗi, với nội dung cụ thể như sau:

I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Trung tâm Y tế huyện Chi Lăng

Địa chỉ: Khu Hòa Bình I – Thị trấn Đồng Mỏ - Huyện Chi Lăng – tỉnh Lạng Sơn.

Điện thoại: 0205 3820511

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

Bà: Vy Thị Khánh Ly

Chức vụ: Trưởng Khoa Dược – Trang thiết bị & vật tư y tế

Điện thoại: 0986 899 635 Email: Chilangduoc@gmail.com

3. Cách thức tiếp nhận báo giá

Tiếp nhận báo giá theo cách thức sau:

- *Nhận trực tiếp tại địa chỉ:* Trung tâm Y tế huyện Chi Lăng

Địa chỉ: Khu Hòa Bình I – Thị trấn Đồng Mỏ - Huyện Chi Lăng – tỉnh Lạng Sơn.

- *Nhận qua email:*

Email: Chilangduoc@gmail.com

4. Thời gian nhận báo giá từ 08h00 ngày 24/5/2024 đến trước 17h ngày 03/6/2024

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

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu không quá 120 ngày, kể từ ngày 03/6/2024 kết thúc nhận báo giá.

II. Nội dung yêu cầu báo giá

1. Danh mục vật tư y tế:

STT	Tên hàng hoá	Thông số kỹ thuật	ĐVT	Số lượng
1	Thuốc phun muỗi Map Permethrin 50EC hoặc tương đương	Permethrin 50%w/v Chai 100ml	Cái	160
Tổng cộng 01 khoản				

Ghi chú: Thông số kỹ thuật nêu tại phụ lục là thông số kỹ thuật tham khảo. Các đơn vị báo giá có thể báo giá hàng hoá có đặc tính, tính năng và thông số kỹ thuật tương đương.

2. Địa điểm cung cấp, lắp đặt; Các yêu cầu về vận chuyển, cung cấp, lắp đặt, bảo quản thiết bị y tế

- Địa điểm cung cấp, lắp đặt: Trung tâm Y tế huyện Chi Lăng

Địa chỉ: Khu Hòa Bình I – Thị trấn Đồng Mỏ - Huyện Chi Lăng – tỉnh Lạng Sơn.

- Các yêu cầu về vận chuyển, cung cấp, lắp đặt, bảo quản thiết bị y tế:

+ Hàng còn nguyên đai, nguyên kiện, không bị hư hao trong quá trình vận chuyển

3. Thời gian giao hàng dự kiến: Ngay sau khi có kết quả trúng thầu và ký hợp đồng

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

- Tạm ứng: Không áp dụng

- Thanh toán: Thời gian thanh toán theo điều khoản trong hợp đồng. Hình thức thanh toán bằng chuyển khoản

5. Yêu cầu khác: Nhà cung cấp thực hiện báo giá theo mẫu tại phụ lục kèm theo.

Trân trọng cảm ơn./.

Nơi nhận:

- Như trên;

- Website TTYT huyện Chi Lăng;

- Lưu: VT, KD-TTB & VTYT.

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Tiến Lâm

PHỤ LỤC

(Kèm theo Công văn số /TTYT-KDTTB ngày 23/5/2024 của Trung tâm Y tế huyện Chi Lăng)

BÁO GIÁ

Kính gửi: Trung tâm Y tế huyện Chi Lăng

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Trung tâm Y tế huyện Chi Lăng, chúng tôi, Công ty.....có địa chỉ tại..... xin gửi báo giá theo yêu cầu như sau:

STT	Danh mục thiết bị y tế	Tên thương mại	Ký, mã, nhãn hiệu, model, hãng sản xuất	Mã HS	Năm sản xuất	Xuất xứ	Số lượng/ khối lượng	Đơn vị tính	Đơn giá (VND)	Chi phí cho các dịch vụ liên quan (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 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 ngàytháng...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 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 2024

Đại diện hợp pháp của nhà cung cấp

(ký tên, đóng dấu)

