|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ TỈNH TRÀ VINH **TRUNG TÂM Y TẾ**  **THỊ XÃ DUYÊN HẢI** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: /TB-TTYT | *Tx Duyên Hải, ngày 02 tháng 12 năm 2024* |

**THÔNG BÁO**

**Về việc mời chào giá hóa chất huyết học dùng cho máy TC-HEMAXA 1000 hoặc tương đương trong thời gian chờ thầu mới (bao gồm 1 mặt hàng)**

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

Trung tâm Y tế thị xã Duyên Hải 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 hóa chất huyết học dùng cho máy TC-HEMAXA 1000 hoặc tương đương trong thời gian chờ thầu mới (bao gồm 1 mặt hàng) 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 thị xã Duyên Hải.

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

- Khoa/Phòng: Khoa Dược - Trang thiết bị - Vật tư y tế.

- Điện thoại: 0294.3833548.

- Email: khoaduocttyttxdh@gmail.com

**3. Nhận trực tiếp tại địa chỉ:**

- Khoa Dược - Trang thiết bị - Vật tư y tế, Trung tâm Y tế thị xã Duyên Hải.

- Địa chỉ: Khóm 3, Phường 1, thị xã Duyên Hải, tỉnh Trà Vinh.

- Số điện thoại: 0294.3833548.

**4. Thời hạn tiếp nhận báo giá:**

- Từ 14h00 ngày 02 tháng 12 năm 2024 đến trước 17h00 ngày 13 tháng 12 năm 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 120 ngày, kể từ ngày 02 tháng 12 năm 2024 [ghi ngày … tháng … năm … kết thúc nhận báo giá phù hợp với thông tin tại khoản 4 Mục này].

**II. Nội dung yêu cầu báo giá**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Tên hoạt chất** | **ĐVT** | **Số lượng** | **Ghi chú** |
| 01 | Máu chuẩn chạy QC kiểm tra máy | ml | 18 |  |

Trung tâm Y tế thị xã Duyên Hải trân trọng kính mời nhà thầu tham dự và gửi báo giá đúng thời gian quy định./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Như trên;  - Ban biên tập Trang TTĐT Trung tâm (đăng tin);  - Lưu: VT, TC-HC,KD. | **GIÁM ĐỐC** |
|  | **Lâm Quốc Danh** |

**PHỤ LỤC: MẪU BÁO GIÁ**

**Kính gửi: Trung tâm Y tế thị xã Duyên Hải**

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Trung tâm Y tế thị xã Duyên Hải, 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 cho các hàng hóa chi tiết như sau:

1. Báo giá cho hàng hóa:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thương mại** | **Danh mục hàng hóa mời thầu** | **Mã hàng hóa (nếu có)** | **Đặc tính tiêu chuẩn kỹ thuật** | **Đơn vị tính** | **Quy cách đóng gói** | **Hãng sản xuất** | **Nước sản xuất** | **Đơn giá (gồm VAT)** |
| 1 | ... |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | ... |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... | ... |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 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.... **Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà cung cấp(12)** *(Ký tên, đóng dấu (nếu có))* |