**BỆNH VIỆN HUYẾT HỌC - TRUYỀN MÁU THÀNH PHỐ CẦN THƠ**

**THÔNG BÁO YÊU CẦU BÁO GIÁ**

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

**Bệnh viện Huyết học - Truyền máu thành phố Cần Thơ** 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 sắm hóa chất, vật tư, trang thiết bị y tế năm 2023 - 2024 tại Bệnh viện Huyết học - Truyền máu thành phố Cần Thơ với nội dung cụ thể như sau:

**I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá:**

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện Huyết học - Truyền máu thành phố Cần Thơ.

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Phòng Tổ chức hành chính - Số điện thoại: 02923. 812.068.

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Số 317, Nguyễn Văn Linh, P. An Khánh, Q. Ninh Kiều, TP. Cần Thơ.

- Nhận qua email: tochuc.hhct@gmail.com.

4. Thời gian tiếp nhận báo giá: Từ ngày 18 tháng 11 năm 2023 đến trước 17h00 ngày 28 tháng 11 năm 2023.

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 90 ngày, kể từ ngày 18 tháng 11 năm 2023.

**II. Nội dung yêu cầu báo giá:**

1. Danh mục mời chào giá: *Đính kèm danh mục hàng hóa*.

2. Các thông tin khác: *Đính kèm mẫu báo giá*.

Đề nghị Quý Công ty gửi kèm bảng mô tả đặc tính của sản phẩm khi gửi báo giá.

|  |  |
| --- | --- |
| **TÊN ĐƠN VỊ BÁO GIÁ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập – Tự do – Hạnh phúc** |

**BÁO GIÁ**

Kính gửi:

 Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Bệnh viện Huyết học – Truyền máu thành phố Cần Thơ, 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 bảo giả (gọi chung là liên danh) thì ghi rõ tên, địa chỉ của các thành viên liên danh] báo giá cho các thiết bị y tế như sau:

 1. Báo giá cho các thiết bị y tế và dịch vụ liên quan

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Danh mục thiết bị y tế** | **Ký, mã, nhãn hiệu, mode, hãng sản xuất** | **Mã HS** | **Năm sản xuất** | **Xuất xứ** | **Số lượng/Khối lượng** | **Đơn****Giá****(VNĐ)** | **Chi phí cho các dịch vụ liên quan****(VNĐ)** | **Thuế phí, lệ phí (nếu có)****(VND)** | **Thành tiền****(VNĐ)** |
| 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 bảo 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 tải 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

- Đầy đủ thông tin trong “File thông tin hàng hóa” theo yêu cầu Bệnh viện (đinh kèm File thông tin hàng hóa).