*MẪU BÁO GIÁ*

*(Kèm theo Thư mời báo giá ngày………)*

|  |  |
| --- | --- |
| **CÔNG TY/ ĐƠN VỊ……**  Đc:…………………….  Email:…………………  Số ĐT liên lạc:……….. |  |

**BẢNG BÁO GIÁ**

Kính gửi: BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

**Các đơn vị/nhà cung cấp** chúng tôi kính gửi quý Bệnh viện báo giá sau:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Công việc thực hiện** | **Đơn vị tính** | **Số lượng thực hiện** | **Đơn giá**  **(VNĐ)** | **Thành tiền**  **(VNĐ)** |
| **I** | **Các mẫu xét nghiệm** |  |  |  |  |
| 1 | Xét nghiệm nước RO bao gồm chỉ tiêu tổng số vi sinh vật theo tiêu chuẩn AAMI của Mỹ | Mẫu | 06 |  |  |
| 2 | Xét nghiệm nội độc tố bao gồm chỉ tiêu Endotoxin theo tiêu chuẩn AAMI của Mỹ | Mẫu | 04 |  |  |
| 3 | Xét nghiệm nước RO bao gồm 22 chỉ tiêu hóa lý chạy thận nhân tạo theo tiêu chuẩn AAMI của Mỹ | Mẫu | 02 |  |  |
| **II** | **Chi phí khác (nếu có)** |  |  |  |  |
| 1 | ................... | ...... | .... |  |  |
| 2 | .................. | ...... | .... |  |  |
| **Tổng cộng I + II:** | | | | |  |
| Thành tiền:**...........VNĐ**  Bằng chữ:........................../. | | | | | |

|  |
| --- |
| -*Báo giá đã bao gồm các loại thuế, phí, lệ phí (nếu có), chi phí lấy mẫu, vận chuyển... bệnh việnkhông phải trả bất kỳ một chi phí nào thêm.*  *- Mẫu được lấy tại bênh viện và vị trí lấy mẫu thực hiện theo yêu cầu của khoa Thận tiết niệu – Lọc máu.*  *- Hiệu lực báo giá: 60 ngày kể từ ngày ký.*  *-Công ty phải đảm bảo trung thực và chịu trách nhiệm trước pháp luật về các kết quả đã đã xét nghiệm.*  **Ngày ……tháng……năm 2022**  **ĐẠI DIỆN ĐƠN VỊ BÁO GIÁ** |