|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ BẮC NINH  **BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**  *Bắc Ninh, ngày 29 tháng 12 năm 2023* |

**YÊU CẦU BÁO GIÁ**

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

Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh 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 Bình hút dịch áp lực thấp 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 đa khoa tỉnh Bắc Ninh.

Địa chỉ: Đường Nguyễn Quyền - Phường Võ Cường - Thành phố Bắc Ninh - Tỉnh Bắc Ninh*.*

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

- Họ và tên: Lê Thị Bắc

- Chức vụ: Kế toán Trưởng

- Số điện thoại: 0839.744.778

- Địa chỉ email: Lethibac080973@gmail.com

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh tiếp nhận báo giá theo một trong các cách thức sau:

*- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Phòng TCKT - Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh - Đường Nguyễn Quyền - Phường Võ Cường - Thành phố Bắc Ninh - Tỉnh Bắc Ninh.*

*- Nhận qua email theo địa chỉ: bvdkbacninh@gmail.com và dangtaithongtindauthau.bvdkbn@gmail.com.*

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ ngày 29 tháng 12 năm 2023 đến trước 16 giờ 30 phút ngày 10 tháng 01 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 90 ngày*,* kể từ ngày 10 tháng 01 năm 2024.

**II. Nội dung yêu cầu báo giá:**

1*.* Danh mục thiết bị y tế/ yêu cầu chi tiết theo Bảng sau:

| **STT** | **Tên hàng hóa** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** | **Yêu cầu tính năng/ Yêu cầu kỹ thuật cơ bản** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Bình hút dịch áp lực thấp | Bộ | 05 | - Loại: Áp lực kế nước  - Núm điều chỉnh lực hút cho tốc độ dòng chảy với buồng chứa nước.  - Nút điều chỉnh mực nước và van xả.  - Phạm vi điều chỉnh chân không ; 0~250mmH2O.  - Bình chứa có dung tích 1.500cc có chức năng chống tràn.  - Tiêu chuẩn ISO,EC. |

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

- Chất lượng hàng hóa mới 100%

- Giao hàng và lắp đặt tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh.

3. Thời gian giao hàng dự kiến: Giao hàng trong vòng 90 ngày kể từ ngày nhận được yêu cầu từ Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh.

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

- Thanh toán bằng chuyển khoản.

- Thanh toán trong vòng 120 ngày kể từ ngày hoàn tất các thủ tục thanh

toán (hóa đơn và các chứng từ liên quan) bên mua sẽ chuyển khoản toàn bộ số tiền đã mua hàng hóa cho bên bán.

5. Các thông tin khác (nếu có).

Báo giá đã bao gồm các loại thuế, phí, lệ phí (nếu có), chi phí vận chuyển đến bên mua. Bên mua không phải trả bất kỳ một chi phí nào khác./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Như kính gửi;  - Cổng thông tin điện tử UBND tỉnh (đăng tải);  - Cổng thông tin điện từ SYT (đăng tải);  - Cổng thông tin của BVĐK tỉnh BN (đăng tải);  - Lưu VT, TXDDT&giá. | **GIÁM ĐỐC**  **Hạ Bá Chân** |

**Mẫu báo giá**

**Áp dụng đối với gói thầu mua sắm trang thiết bị y tế; gói thầu mua sắm linh kiện, phụ kiện, vật tư thay thế sử dụng cho trang thiết bị y tế**

**BÁO GIÁ**

Kính gửi: ... [ghi rõ tên của Chủ đầu tư yêu cầu báo giá]

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của.... *[ghi rõ tên của Chủ đầu tư yêu cầu báo giá],* 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 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 (2)** | **Ký, mã, nhãn hiệu, model, hãng sản xuất(3)** | **Mã HS(4)** | **Năm sản**  **xuất(5)** | **Xuất xứ(6)** | **Số lượng/ khối lượng(7)** | **Đơn vị tính(8)** | **Đơn giá(9) (VND)** | **Chi phí cho các dịch vụ liên quan(10)**  **(VND)** | **Thuế, phí, lệ phí (nếu**  **có)(11)**  **(VND)** | **Thành tiền(12)**  **(VND)** |
| 1 | Thiết bị A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Thiết bị B |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| n | … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*(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 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))