

Số: /YCBG-BVĐK  
V/v cung cấp báo giá dịch vụ  
kiểm định thiết bị y tế theo Nghị  
định 98/2021/NĐ-CP

Lạng Sơn, ngày 13 tháng 5 năm 2024

**Kính gửi: Quý Công ty, đơn vị cung ứng dịch vụ**

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn 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: Kiểm định thiết bị y tế theo Nghị định 98/2021/NĐ-CP năm 2024 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 Lạng Sơn

Địa chỉ: Thôn Đại Sơn, xã Hợp Thành, huyện Cao Lộc, tỉnh Lạng Sơn.

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

Ông: Bùi Mạnh Ước

Chức vụ: Trưởng phòng Vật tư-TTBYYT

Số điện thoại: 0986123321

Địa chỉ email: buimanhuoc@gmail.com

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

- Nhận trực tiếp hoặc qua bưu điện tại địa chỉ: Phòng Văn thư, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn.

- Nhận qua email: [buimanhuoc@gmail.com](mailto:buimanhuoc@gmail.com)

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 8h ngày 14 tháng 5 năm 2024 đến trước 16h ngày 24 tháng 5 năm 2024.

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

5. Thời hạn có hiệu lực báo giá: Tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày 24 tháng 5 năm 2024.

**II. Nội dung yêu cầu báo giá:**

1. Danh mục Kiểm định thiết bị y tế theo Nghị định 98/2021/NĐ-CP năm 2024:

STT	Dịch vụ, hàng hóa	Mô tả yêu cầu về tính năng, thông số kỹ thuật	Số lượng	Đơn vị tính
1	Kiểm định Máy thở	Kiểm định chất lượng	47	Lượt
2	Kiểm định Máy mê kèm thở	Kiểm định chất lượng	9	Lượt
3	Kiểm định Dao mổ điện	Kiểm định chất lượng	7	Lượt
4	Kiểm định Máy chạy thận nhân tạo	Kiểm định chất lượng	20	Lượt
5	Kiểm định Máy sốc điện	Kiểm định chất lượng	4	Lượt
6	Kiểm định Lòng áp trẻ sơ sinh	Kiểm định chất lượng	10	Lượt
Tổng: 06 mục				

2. Địa điểm cung cấp dịch vụ: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn, thôn Đại Sơn, xã Hợp Thành, huyện Cao Lộc, tỉnh Lạng Sơn. Yêu cầu báo giá đã bao gồm các loại thuế và các chi phí liên quan.

3. Dự kiến về các điều khoản thanh toán hợp đồng:

- Đồng tiền thanh toán: VNĐ.

Thanh toán theo số lượng thực hiện dịch vụ thực tế và đơn vị đã xuất trình đầy đủ các chứng từ thanh toán.

4. Phương thức thanh toán: Chuyển khoản.

5. Bảng giá: Mẫu theo phụ lục 01

Xin trân trọng cảm ơn./.

**Nơi nhận:**

- Đăng: Website BV;
- BGĐ, VT-TTBYT, TCKT;
- Lưu Văn thư.

**GIÁM ĐỐC**

**Trương Quý Trường**

## PHỤ LỤC 01

(Kèm theo Yêu cầu báo giá số ..... / YCBG-BVĐK ngày ... tháng ... năm 2024 )

### BÁO GIÁ

Kính gửi: **Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn.**

Trên cơ sở yêu cầu báo giá số .... , ngày ... tháng ... năm ... của Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Lạng Sơn, 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)-Mã số thuế:.....

Báo giá cho các trang thiết bị hiệu chuẩn, kiểm định phòng xét nghiệm như sau:

STT	Danh mục	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá (VNĐ)	Thuế, phí, lệ phí (nếu có)	Thành tiền (VNĐ)
1	Thiết bị A					
...						
	Tổng công: .....					

1. Giá trên đã bao gồm các loại thuế, và các chi phí khác theo quy định của pháp luật.
  2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: tối thiểu 90 ngày kể từ ngày tháng năm 2024.
  3. Địa điểm cung cấp dịch vụ: Bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn.
  4. Dự kiến về các điều khoản thanh toán hợp đồng:
    - Đồng thanh toán: VNĐ
    - Thanh toán : theo số lượng thực hiện dịch vụ thực tế tại bệnh viện và công ty xuất chứng từ thanh toán.
    - Phương thức thanh toán: Chuyển khoản
  6. 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 dịch vụ 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.
- Thông tin liên hệ người làm báo giá: ( Thông tin liên hệ của người trực tiếp làm báo giá)

....., ngày tháng năm 2024  
**Đại diện hợp pháp của Công ty, nhà cung cấp**  
Ký tên, đóng dấu

**Ghi chú:**

(1) Đơn vị, nhà cung cấp điền đầy đủ các thông tin để báo giá theo mẫu này. Trường hợp yêu cầu gửi báo giá trên Hệ thống mạng đấu thầu quốc gia, hãng sản xuất, nhà cung cấp đăng nhập vào Hệ thống mạng đấu thầu quốc gia bằng tài khoản của nhà thầu để gửi báo giá và các tài liệu liên quan cho Chủ đầu tư theo hướng dẫn trên Hệ thống mạng đấu thầu quốc gia. Trong trường hợp này, hãng sản xuất, nhà cung cấp không phải ký tên, đóng dấu theo yêu cầu tại ghi chú 12.

(2) Đơn vị, nhà cung cấp dịch vụ ghi chủng loại trang thiết bị y tế theo đúng yêu cầu ghi tại cột “ Danh mục trang thiết bị y tế” trong yêu cầu báo giá.

(3) ) Đơn vị, nhà cung cấp ghi cụ thể số lượng, khối lượng theo đúng số lượng, khối lượng nêu trong Yêu cầu báo giá.

(4) ) Đơn vị, nhà cung cấp ghi cụ thể giá trị của đơn giá tương ứng với từng trang thiết bị y tế.

(5) ) Đơn vị, nhà cung cấp ghi cụ thể giá trị để thực hiện các dịch vụ liên quan như vận chuyển.

(6) ) Đơn vị, nhà cung cấp ghi cụ thể giá trị thuế, phí lệ phí (nếu có) cho từng loại trang thiết bị y tế hoặc toàn bộ trang thiết bị y tế.

(7) ) ) Đơn vị, nhà cung cấp ghi giá trị báo giá cho từng trang thiết bị y tế. Giá trị tại cột này được hiểu là toàn bộ chi phí của từng trang thiết bị y tế (bao gồm thuế, phí, lệ phí và dịch vụ liên quan (nếu có) ) theo đúng yêu cầu nêu trong Yêu cầu báo giá.

Đơn vị, nhà cung cấp ghi đơn giá, chi phí cho các dịch vụ liên quan, thuế, phí, lệ phí và thành tiền bằng đồng Việt Nam (VNĐ).

(8) Người đại diện theo pháp luật hoặc người được người đại diện theo pháp luật ủy quyền phải ký tên, đóng dấu (nếu có). Trường hợp ủy quyền, phải gửi kèm theo giấy ủy quyền ký báo giá. Trường hợp liên danh tham gia báo giá, đại diện hợp pháp của tất cả các thành viên liên danh phải ký tên, đóng dấu (nếu có) vào báo giá.

