|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ LẠNG SƠN  **BỆNH VIỆN ĐK TỈNH**  Số 911/YCBG-BVĐK  V/v Yêu cầu báo giá gói kiểm định vỏ chai chứa oxy khí dung tích 40 lít và các dịch vụ kèm theo | CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  *Lạng Sơn, ngày 11 tháng 7 năm 2024* |

**YÊU CẦU BÁO GIÁ**

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

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, xây dựng giá dự toán, làm cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu đối với gói thầu kiểm định vỏ chai chứa oxy khí dung tích 40 lít và các dịch vụ kèm theo của Bệnh viện Đa khoa Lạng Sơn với nội dung cụ thể như sau:

**I. Thông tin yêu cầu:**

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-TTBYT

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

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 8h ngày 12 tháng 7 năm 2024 đến trước 16h ngày 21 tháng 7 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 21 tháng 7 năm 2024.

**II. Nội dung yêu cầu báo giá:**

1. Danh mục hàng hoá :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên hàng hóa,dịch vụ** | **Đơn vị tính** | **Khối lượng** | **Ghi chú** |
| 1 | Dịch vụ kiểm định vỏ chai ô xy 40 lít | Chai | 69 |  |
| 2 | Sơn vỏ chai | Chai | 50 |  |
| 3 | Van (chai ô xy 40 lít) | Cái | 01 |  |
| 4 | Bích (chai ô xy 40 lít) | Cái | 20 |  |
| 5 | Ty (chai ô xy 40 lít) | Cái | 05 |  |

*Lưu ý: Mẫu báo giá đính kèm theo yêu cầu báo giá./.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nơi nhận:**   * Đăng: Website BV; * BLĐ, VT-TTBYT, TCKT; * Lưu Văn thư. | **GIÁM ĐỐC**  **Trương Quý Trường** |

*(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 ....... 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) báo giá cung cấp dịch vụ .........

1. Báo giá ung cấp dịch vụ .........

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Danh mục dịch vụ** | **Mô tả dịch vụ** | **Khối lượng** | **Đơn vị tính** | **Đơn giá** | **Thành tiền** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: tối thiểu 90 ngày kể từ ngày tháng năm 2024

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 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 2024* |
|  | **Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà cung cấp**  *Ký tên, đóng dấu* |