

SỞ Y TẾ LẠNG SƠN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /BVĐK-CNTT
V/v mời báo giá cung cấp thiết bị phục vụ mô hình “ Khám chữa bệnh sử dụng sinh trắc học, Kiosk tự phục vụ”

Lạng Sơn, ngày tháng 8 năm 2024

Kính gửi: Quý công ty, đơn vị cung ứng dịch vụ.

Căn cứ Luật Đấu thầu số 22/2023/QH15 ngày 23/6/2023;

Căn cứ Nghị định số 24/2024/NĐ-CP ngày 27/02/2024 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu;

Để có căn cứ xây dựng giá gói thầu Mua sắm thiết bị phục vụ mô hình “Khám chữa bệnh sử dụng sinh trắc học, Kiosk tự phục vụ” tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn kính đề nghị các công ty, đơn vị cung ứng hàng hoá cung cấp báo giá, cụ thể như sau:

Danh mục báo giá: Chi tiết theo mẫu đính kèm.

Lưu ý: Báo giá đã bao gồm thuế, phí, lệ phí (nếu có), bên mua hàng không phải trả thêm bất kỳ một chi phí nào thêm.

Mục đích báo giá: Làm cơ sở xây dựng dự toán, kinh phí.

Thời hạn gửi báo giá: Trước 17h00 ngày 28 tháng 8 năm 2024.

Hình thức báo giá: 01 bản cứng có chữ kí và bản mềm file word.

Địa chỉ nhận báo giá bản cứng: Phòng Công nghệ thông tin - Tầng 5, nhà B, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn.

Địa chỉ nhận bản điện tử: lambiendkls@gmail.com

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

Thông tin liên hệ: Ông Lâm An Biên, Trưởng phòng Công nghệ thông tin; Số điện thoại: 0913560828.

Xin trân trọng cảm ơn!

Nơi nhận:

- Như trên;
- BLĐ Bệnh viện;
- Website Bệnh viện;
- Lưu: VT, CNTT.

GIÁM ĐỐC

Trương Quý Trường

Mẫu báo giá

(Kèm theo thư mời báo giá số: /BVĐK-CNTT, ngày tháng 8 năm 2024)

Công ty.....
Số giấy đăng ký kinh doanh.....
Mã số thuế:.....
Địa chỉ.....
Điện thoại..... Email.....
Người liên hệ.....Điện thoại.....Email.....

BẢNG BÁO GIÁ

Kính gửi: BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LẠNG SƠN
Công ty chúng tôi kính gửi quý Bệnh viện báo giá như sau:

STT	Tên sản phẩm, dịch vụ	ĐVT	Số lượng	Đơn giá (VNĐ)	Thành tiền (VNĐ)
1	Thiết bị Kiosk	Chiếc	01		
2	Phần mềm tiếp đón bệnh nhân tự động (Tích hợp thẻ CCCD gắn chip và xác thực khuôn mặt)	License	01		
3	Tổng cộng				

Ghi chú: Chi phí đã bao gồm công vận chuyển, lắp đặt, hướng dẫn sử dụng, bảo hành.

....., ngày... tháng... năm 2024

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(Kí tên, đóng dấu)