SỞ Y TẾ TỈNH ĐIỆN BIÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH

Số: 166 /CV- BVT

V/v: Yêu cầu báo giá thuê đơn vị kiểm định về an toàn và tính năng kĩ thuật máy thở, máy gây mê kèm thở, dao mổ điện, máy thận nhân tạo cho Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2025.

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

Điện Biên, ngày 07 tháng 02 năm 2025

YÊU CẦU BÁO GIÁ

Kính gửi: Các nhà cung cấp dịch vụ tại Việt Nam.

Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên 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 thuê đơn vị kiểm định về an toàn và tính năng kĩ thuật máy thở, máy gây mê kèm thở, dao mổ điện, máy thận nhân tạo cho Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2025 với nội dung cụ thể như sau:

I. Thông tin y của đơn vị yêu cầu báo giá

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên.

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

Họ và tên: Nguyễn Tiến Tự

Chức vụ: Phó phòng Vật tư thiết bị y tế

Số điện thoại: 0988118000

Địa chỉ Email: bvdktinhdienbien@gmail.com

3. Cách tiếp nhận báo giá: Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Tổ dân phố 10, Phường Noong Bua, TP. Điện Biên Phủ, Tỉnh Điện Biên.

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 08 giờ ngày 07 tháng 02 năm 2025 đến trước 17 giờ ngày 17 tháng 02 năm 2025.

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

5. Thời hạn hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày 17 tháng 02 năm 2025.

II. Nội dung yêu cầu báo giá

STT	Danh mục dịch vụ	Mô tả dịch vụ	Khối lượng	Đơn vị tính	Địa điểm thực hiện dịch vụ	Dự kiến ngày hoàn thành dịch vụ
1	Máy thở	Kiểm định lồng ấp trẻ sơ sinh theo quy định của	48	Cái	Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện	Tháng 3/2025

STT	Danh mục dịch vụ	Mô tả dịch vụ	Khối lượng	Đơn vị tính	Địa điểm thực hiện dịch vụ	Dự kiến ngày hoàn thành dịch vụ
		Bộ Y tế			Biên	
2	Máy gây mê kèm thở	Kiểm định máy phá dung tim theo quy định của Bộ Y tế	06	Cái		
3	Dao mổ điện	Kiểm định máy chạy thận nhân tạo theo quy định của Bộ Y tế.	08	Cái		
4	Máy thận nhân tạo	Kiểm định máy chạy thận nhân tạo theo quy định của Bộ Y tế.	05	Cái		
	Tổng cộng: 04 khoản					

III. Mẫu báo giá (theo mẫu tại Phụ lục kèm theo).

Trên đây là Công văn yêu cầu báo giá của Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên về yêu cầu báo giá thuê đơn vị kiểm định về an toàn và tính năng kĩ thuật máy thở, máy gây mê kèm thở, dao mổ điện, máy thận nhân tạo cho Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên năm 2025 xin gửi tới Quý đơn vị.

Trân trọng cảm ơn sự hợp tác của Quý đơn vị./.

Nơi nhận:
- Như trên;
- Trang TTĐTBV, Phòng TCKT;
- Lưu VT, VTTBYT.

ĐẠI DIỆN ĐƠN VỊ

SỞ Y TẾ TỈNH ĐIỆN BIÊN
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH

Ts.Bs Phạm Tiến Biên

PHỤ LỤC

(Kèm theo Công văn số 166 /CV-BVT ngày 07 tháng 02 năm 2025)

Tên đơn vị: ...
Địa chỉ: ...
Số điện thoại: ...
Số Fax: ...
Địa chỉ Email (nếu có): ...

BÁO GIÁ

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

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên, chúng tôi ... *[ghi tên địa chỉ của nhà cung cấp; trường hợp nhiều nhà cung cấp 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 ..... trang thiết bị y tế như sau:

1. Báo giá cung cấp dịch vụ ..... trang thiết bị y tế.

STT	Danh mục dịch vụ	Mô tả dịch vụ	Khối lượng mời thầu	Đơn vị tính	Đơn giá	Thành tiền
1						
2						
...						
Tổng cộng:						

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: ... ngày *[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 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 NHÀ CUNG CẤP
(Ký tên, đóng dấu (nếu có))