|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH |  | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
| **BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH** |  | **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |
| Số: /TB-BVNDGĐV/v mời chào giá |  |  *Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 2025* |

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

Bệnh viện Nhân dân Gia Định kính mời các nhà cung cấp có đủ năng lực và kinh nghiệm cung ứng thuốc gửi hồ sơ chào giá cho Bệnh viện theo nội dung cụ thể như sau:

1. Tên dự toán: Gói thầu mua sắm thuốc Sorbitol 5g
2. Thông tin liên hệ chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:

Phòng Nghiệp Vụ Dược – Khoa Dược – Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Địa chỉ: số 01 Nơ Trang Long, phường 7, quận Bình Thạnh, TP.HCM

SĐT: 028.3803.0167 - 028.3841.2692 (nhánh 302).

 Email: tothaubvnhandangiadinh@gmail.com

1. Cách thức tiếp nhận báo giá: Bằng file mềm qua email và văn bản giấy có ký tên, đóng dấu.
2. Thời hạn tiếp nhận báo giá:

 **Từ giờ phút ngày / /2025 đến trước giờ phút ngày / /2025.**

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

1. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày kể từ ngày / /2025.
2. Phạm vi cung cấp và yêu cầu kỹ thuật

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên hoạt chất** | **Nồng độ, hàm lượng** | **Dạng bào chế** | **Đường dùng** | **Đơn vị tính** | **Nhóm TCKT** | **Số lượng đề xuất** |
| 1 | Sorbitol | 5g | Bột/cốm/hạt phauống | Uống | Gói | Nhóm 4 | 80.000 |

1. Hồ sơ chào giá của nhà cung cấp bao gồm các tài liệu sau:
* Thư chào giá, bảng chào giá của nhà cung cấp (có ký tên, đóng dấu);
* Tài liệu chứng minh tư cách hợp lệ của nhà thầu và tính hợp lệ của thuốc theo quy định của pháp luật hiện hành;
* Kết quả trúng thầu trong vòng 12 tháng, hóa đơn bán hàng cho các cơ sở y tế (nếu có).

Trân trọng./.

 **GIÁM ĐỐC**

***Nơi nhận:***

- Như trên;

- Phòng CTXH (Đăng website);

- Lưu: VT, Khoa Dược/HTND(4b)

**Nguyễn Hoàng Hải**

**CÔNG TY:………………………………………………….**

**ĐỊA CHỈ:……………………………………………………**

**SỐ ĐIỆN THOẠI:………………………………………….**

**BẢNG CHÀO GIÁ**

Kính gửi: Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Địa chỉ: số 01 Nơ Trang Long, phường 7, quận Bình Thạnh, TP.HCM

Theo công văn mời chào giá số /TB-BVNDGĐ ngày / /2025 của Bệnh viện, Công ty chúng tôi báo giá như sau:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên thương mại** | **Hoạt chất, nồng độ hàm lượng** | **Số đăng ký/giấy phép nhập khẩu** | **Dạng bào chế** | **Hãng sản xuất** | **Nước sản xuất** | **Quy cách đóng gói** | **ĐVT** | **Số lượng** | **Đơn giá (VNĐ)** | **Thành tiền** | **Nhóm TCKT** | **Ghi chú** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Yêu cầu báo giá:
* Báo giá này có hiệu lực 90 ngày kể từ ngày chào giá.
* Chúng tôi cam kết về đơn giá chào hàng bằng hoặc thấp hơn giá trị trên thị trường của cùng nhà cung cấp hoặc cùng chủng loại.
* Đơn giá: đã bao gồm các loại thuế, phí, lệ phí theo luật định, chi phí vận chuyển, giao hàng và các yêu cầu khác của mời thầu.
* Các yêu cầu khác:………………………………………………

 ………, Ngày…. tháng…. Năm 2025

**ĐẠI DIỆN THEO PHÁP LUẬT**

*(Ký tên và đóng dấu)*