

Số: /BV-KD
V/v đề nghị mời quan tâm báo giá
thuốc Immuno Globulin

Hà Giang, ngày tháng năm 2025

Kính gửi: Các nhà sản xuất, kinh doanh thuốc.

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang 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 Mua sắm thuốc Immuno Globulin phục vụ công tác điều trị Sởi cho Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang với 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 Hà Giang. Địa chỉ: Số 11, đường Minh Khai, tổ 10, phường Minh Khai, thành phố Hà Giang, tỉnh Hà Giang

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

Họ tên: Lê Thu Trang – Phụ trách khoa Dược

Email: Lethutrangk59@gmail.com

Điện thoại: 0977.581.086

3. Cách thức tiếp nhận báo giá theo một trong các cách thức sau:

- *Nhận trực tiếp tại địa chỉ:* Khoa Dược- Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang; Số 11, đường Minh Khai, tổ 10, phường Minh Khai, thành phố Hà Giang, tỉnh Hà Giang. Điện thoại: 02193.866.842

- *Nhận qua email:* luthutrangk59@gmail.com

- *Nhận qua Zalo:* 0977.581.086

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Trước 08h ngày 13 tháng 01 năm 2025.

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

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày báo giá

II. Nội dung yêu cầu báo giá (Theo phụ lục đính kèm)

Báo giá bằng văn bản, có chữ ký, họ tên, chức danh của người đại diện và đóng dấu đơn vị (Theo mẫu gửi kèm).

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang rất mong các đơn vị quan tâm./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Đăng Website bệnh viện;
- Lưu: VT, KD.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Nguyễn Quốc Dũng

PHỤ LỤC

(Kèm theo Công văn số /BV-KD ngày tháng 01 năm 2025)

STT	Tên hoạt chất	Nồng độ- Hàm lượng	Số lượng	Đơn vị tính	Ghi chú
1	Immuno Globulin/ Immune Globulin	5%-50ml hoặc 2,5g/50ml	50	Chai/Lọ	Yêu cầu hạn sử dụng còn lại của thuốc tính đến thời điểm giao hàng cho Bệnh viện phải bảo đảm tối thiểu 12 tháng

MẪU BÁO GIÁ THUỐC

Công ty:.....
Địa chỉ:
Điện thoại:.....
Email:.....
Mã số thuế:.....
Số tài khoản tại ngân hàng

BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang

Công ty.... Xin gửi tới Bệnh viện bản báo giá các thuốc sau:

ST T	Tên hoạt chất	Tên thuốc theo giấy phép lưu hành	Nồng độ, hàm lượng	Số đăng ký lưu hành/ GPNK	Phân nhóm	Quy cách đóng gói	Hãng sản xuất/ Nước sản xuất	Đơn vị tính	Đơn giá (đã bao gồm VAT)	Số lượng	Thành tiền
	<i>Tổng số: Mặt hàng</i>										
	<i>Số tiền bằng chữ</i>										

- Báo giá này có hiệu lực trong vòng 90 ngày, kể từ ngày...tháng...năm 2025.
- Dự kiến ngày hoàn thành hàng hóa:/.

....., ngày tháng năm 2025
ĐẠI DIỆN CÔNG TY
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

