

Số : 22 /TB-BV

Quang Bình, ngày 14 tháng 06 năm 2024

**THÔNG BÁO MỜI BÁO GIÁ**  
**về việc cung cấp thuốc theo đề xuất của Khoa Dược**

Kính gửi : Các hãng sản xuất, các đơn vị cung cấp tại Việt Nam  
Căn cứ vào nhu cầu khám A10 năm 2024 tại Bệnh viện Đa khoa huyện Quang Bình.  
Bệnh viện đang có nhu cầu mua sắm đối với thuốc theo các nội dung cụ thể như sau:

**I. Thông tin của đơn vị báo giá**

- Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện đa khoa huyện Quang Bình
- Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Bùi Thị Hiền – ĐT: 0912.896.446
- Cách thức tiếp nhận báo giá: Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Khoa Dược –Bệnh viện Đa khoa huyện Quang Bình, Đ/c: Tổ 5, thị trấn Yên Bình, huyện Quang Bình, tỉnh Hà Giang.
- Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 8h ngày 15/6/2024 đến trước 17h ngày 25/6 /2024  
Các báo giá nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.
- Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày.

**II. Nội dung yêu cầu báo giá:**

STT	Tên thuốc, hoạt chất	Hàm lượng	Đơn vị tính	Số lượng
1	Diamicon MR30mg H/ 2 vi * 30 viên, Pháp	30mg	Viên	180
2	Glucophage TAB 500mg 50's Pháp	500mg	Viên	150
3	HEWEL Hộp/30 viên; Mỹ	30 viên / lọ	Viên	300
4	Colchicine Capel 1mg h/1 vi*20 Tablets France	1mg	Viên	200
5	Otiv L/ 30 Viên Mỹ K/48 lọ	100mg, 80mg	Viên	300
<b>Tổng cộng: 05 KM</b>				

2.Địa điểm cung cấp: Khoa Dược -Bệnh viện Đa khoa huyện Quang Bình, Đ/c: Tổ 5, thị trấn Yên Bình, huyện Quang Bình, tỉnh Hà Giang

- Thời gian giao hàng dự kiến: 6/2024
- Dự kiến về các điều khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng: Thanh toán 1 lần bằng hình thức chuyển khoản.
- Bảng báo giá (theo mẫu đính kèm)

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Website bệnh viện;
- Lưu: VT, Khoa Dược



Hoàng Hải Võ

Tên công ty : .....

Địa chỉ : .....

Số điện thoại: .....

Mã số thuế: .....

Số tài khoản: ..... Tại Ngân hàng .....

## BÁO GIÁ

**Kính gửi: BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN QUANG BÌNH**

Công ty..... xin trân trọng báo giá như sau:

ST T	Tên thuốc	Tên hoạt chất	Nồng độ, hàm lượng	Dạng bào chế	Quy cách	Số ĐK hoặc GPNK	Hãng sản xuất	Nước sản xuất	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá ( đã bao gồm VAT)	Thành tiền
---------	--------------	---------------------	-----------------------	-----------------	----------	--------------------	------------------	------------------	----------------	----------	------------------------------	------------

- Giá trên đã bao gồm : VAT, chi phí vận chuyển đến đơn vị.

- Địa điểm giao hàng : Khoa dược – BVĐK huyện Quang Bình, Đ/C: Tổ 5, thị trấn Yên Bình, huyện Quang Bình, tỉnh Hà Giang

- Báo giá có hiệu lực trong.....

....., ngày tháng năm 2024

**ĐẠI DIỆN CÔNG TY**

[ ghi tên, chức danh, ký tên và đóng dấu]

(Yêu cầu ký bút xanh, đóng dấu đỏ)