

Cần Thơ, ngày 02 tháng 12 năm 2025

YÊU CẦU BÁO GIÁ
Phục vụ công tác sửa chữa Máy rửa khuẩn dụng cụ

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

Bệnh viện Chuyên khoa Sản-Nhi tỉnh Sóc Trăng 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 Sửa chữa Máy rửa khuẩn dụng cụ với nội dung cụ thể như sau:

I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá

- Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện Chuyên khoa Sản-Nhi tỉnh Sóc Trăng.
- Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:
 - Người nhận: Thái Dương
 - Số điện thoại: 02993 825 232
 - Email: bvsnst.dvtyt@gmail.com
 - Địa chỉ: Khoa Dược - VTTBYT, Bệnh viện Chuyên khoa Sản-Nhi tỉnh Sóc Trăng, địa chỉ 645 đường Tôn Đức Thắng, Phường Sóc Trăng, Thành phố Cần Thơ.
- Hình thức tiếp nhận báo giá: Trực tiếp, Email
- Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ khi đăng thành công trên mạng đấu thầu quốc gia, Website Bệnh viện đến trước 17 giờ 00 phút ngày 12 tháng 12 năm 2025.

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, kể từ ngày 12 tháng 12 năm 2025.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

- Danh mục thiết bị y tế/ linh kiện, phụ kiện, vật tư thay thế sử dụng cho thiết bị y tế (gọi chung là thiết bị):

STT	Danh mục	Mô tả dịch vụ	Số lượng/khối lượng	Đơn vị tính
1	Sửa chữa Máy rửa khuẩn dụng cụ Model: WD 250 HSX: Belimed AG	Thay mới 2 dây curoa cửa trước và 2 dây curoa cửa sau (Tương thích với Sửa chữa Máy rửa khuẩn dụng cụ)	1	Máy

2. Địa điểm cung cấp dịch vụ sửa chữa: Bệnh viện Chuyên khoa Sản-Nhi tỉnh Sóc Trăng, địa chỉ 645 đường Tôn Đức Thắng, Phường Sóc Trăng, Thành phố Cần Thơ.

3. Thời gian cung cấp dịch vụ sửa chữa: Theo thỏa thuận giữa 2 bên.

Rất mong nhận được sự giúp đỡ của Quý công ty/ Nhà cung cấp/ Đơn vị

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu: VT, KD.



GIÁM ĐỐC
BSCKI Chung Xuân Định

Tên Công ty:.....
Địa chỉ:.....
Số điện thoại:.....

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

BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện chuyên khoa Sản-Nhi tỉnh Sóc Trăng

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của.... *[ghi rõ tên của Chủ đầu tư yêu cầu báo giá]*, chúng tôi *[ghi tên, địa chỉ của hãng sản xuất, nhà cung cấp; trường hợp nhiều hãng sản xuất, nhà cung cấp cùng 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 cho các danh mục dịch vụ như sau:

1. Báo giá cho các thiết bị y tế và dịch vụ liên quan

STT	Danh mục dịch vụ	Mô tả dịch vụ	Số lượng/khối lượng	Đơn vị tính	Đơn giá (VND)	Thuế, phí, lệ phí (nếu có) (VND)	Thành tiền (VND)

(Gửi kèm theo các tài liệu chứng minh về tính năng, thông số kỹ thuật và các tài liệu liên quan của thiết bị y tế)

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: ngày, kể từ ngày ... tháng ... năm ... *[ghi cụ thể số ngày nhưng không nhỏ hơn 90 ngày]*,

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 trị của các thiết bị y tế 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 hãng sản xuất, nhà cung cấp⁽¹²⁾

(Ký tên, đóng dấu (nếu có))