

THÔNG BÁO

Về việc mời báo giá test phát hiện chất ma túy sử dụng trong khám sức khỏe năm 2025

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

Bệnh viện đa khoa khu vực Long Thành có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, lựa chọn nhà cung cấp test phát hiện các chất ma túy sử dụng trong khám sức khỏe năm 2025, như sau:

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

- Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện đa khoa khu vực Long Thành
- Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Đỗ Thanh Thanh – Phó trưởng khoa Dược, Bệnh viện đa khoa khu vực Long Thành. Điện thoại 0937306189. Email: dothanhbvt@gmail.com
- Cách thức tiếp nhận báo giá:
 - Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Khoa Dược, Bệnh viện đa khoa khu vực Long Thành. Khu Phước Hải, thị trấn Long Thành, huyện Long Thành, tỉnh Đồng Nai.
 - Nhận qua email: benhvienlongthanh.dn@gmail.com hoặc dothanhbvt@gmail.com
- Thời gian tiếp nhận báo giá: từ 8 giờ 00 ngày 26 tháng 03 năm 2025 đến trước 10 giờ 00 ngày 09 tháng 04 năm 2025. Các báo giá nhận được sau thời điểm trên sẽ không được xem xét.
- Thời hạn có hiệu lực của báo giá: tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày 08/04/2025.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục hàng hóa:

STT	Tên hàng hóa	Thông số kỹ thuật	Đơn vị tính	Số lượng
1	Test thử ma túy 5 chỉ số AMP-THIC-MOR-COD-HER	Que thử phát hiện định tính 05 chất gây ma túy trong nước tiểu người (MOR, COD, AMP, THC, HER) bằng xét nghiệm sắc ký miễn dịch, sử dụng trong chẩn đoán in vitro	Test	1.000

2. Địa điểm cung cấp, lắp đặt, vận chuyển và bảo quản thiết bị y tế:

- Địa điểm cung cấp, lắp đặt: Bệnh viện đa khoa khu vực Long Thành. Khu Phước Hải, thị trấn Long Thành, huyện Long Thành, tỉnh Đồng Nai.

- Các yêu cầu về vận chuyển, lắp đặt, bảo quản: nhà cung cấp chịu trách nhiệm toàn bộ việc vận chuyển, lắp đặt, bảo hành, chi phí đào tạo, hướng dẫn sử dụng, hướng dẫn bảo quản.

3. **Thời gian thực hiện hợp đồng:** 06 tháng kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực.

4. **Dự kiến về các điều khoản thanh toán hợp đồng:**

a. Phương thức thanh toán: Thanh toán bằng chuyển khoản.

b. Thời gian thanh toán: Trong vòng 90 ngày sau khi Bên bán cung cấp hàng hóa và hóa đơn bán hàng hợp lệ.

5. **Các thông tin khác:**

- Giá chào là đồng Việt Nam, đã bao gồm các loại thuế, phí, lệ phí và các chi phí khác như vận chuyển, lắp đặt, lưu kho, hướng dẫn sử dụng, vận hành thử, chuyển giao công nghệ (nếu có),....

- Hàng hóa chào giá phải có tính năng, cấu hình, thông số kỹ thuật tương đương, đáp ứng yêu cầu của thiết bị mời chào giá.

- Bảo hành: theo tiêu chuẩn của nhà sản xuất.

- Hồ sơ báo giá bao gồm:

a) Bảng báo giá được ký tên và đóng dấu (theo mẫu đính kèm)

b) Giấy phép lưu hành sản phẩm hoặc giấy phép nhập khẩu hoặc tương đương.

c) Giấy đăng ký kinh doanh hoặc tài liệu tương đương của đơn vị báo giá.

Rất mong sự quan tâm và cung cấp báo giá của các đơn vị.

Trân trọng./.

Nơi nhận:

- Như trên;

- Lưu: VT, KD



BS. CKII Nguyễn Đình Hùng

CÔNG TY.....

MẪU BÁO GIÁ

BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện đa khoa khu vực Long Thành

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Bệnh viện đa khoa khu vực Long Thành, 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 thiết bị y tế như sau:

1. Báo giá cho thiết bị y tế

STT	Tên hàng hóa mời báo giá	Tên thương mại	Thông số kỹ thuật	Giấy phép lưu hành/ nhập nhập khẩu	Nhà sản xuất	Nước sản xuất	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá	Thành tiền
	Tổng tiền:...									

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng:..... ngày, kể từ.....

3. Chúng tôi cam kết:

– Không đang trong quá trình thực hiện thủ tục giải thể hoặc thu hồi Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh hoặc tài liệu tương đương khác; không thuộc trường hợp mất khả năng thanh toán theo qui 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 2024

Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà cung cấp
(kí tên, đóng dấu)