

Số: /TTYT-KHNV&DS  
V/v thông báo mời chào giá

Bảo Lộc, ngày tháng 05 năm 2024

## YÊU CẦU CHÀO GIÁ

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

Trung tâm Y tế thành phố Bảo Lộc 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 dự toán mua sắm thuốc phục vụ công tác khám chữa bệnh năm 2024 tại Trung tâm Y tế thành phố Bảo Lộc với nội dung cụ thể như sau:

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

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Trung tâm Y tế thành phố Bảo Lộc (Địa chỉ : 10 Đinh Tiên Hoàng, phường 1, TP. Bảo Lộc, Lâm Đồng)

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

- Họ và tên: Lê Hồng Nguyên

- Số điện thoại : 0965.423.979

- Email : [thuthaottytbl@gmail.com](mailto:thuthaottytbl@gmail.com)

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

Các hãng sản xuất, nhà cung cấp tiếp nhận báo giá theo một trong các cách thức sau:

- Nhận trực tại địa chỉ Trung tâm Y tế thành phố Bảo Lộc : 10 Đinh Tiên Hoàng, phường 1, TP. Bảo Lộc, Lâm Đồng.

- Email : [thuthaottytbl@gmail.com](mailto:thuthaottytbl@gmail.com)

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 08h ngày 21 tháng 05 năm 2024 đến trước 17h ngày 27 tháng 05 năm 2024.

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 120 ngày, kể từ ngày 27 tháng 05 năm 2024.

### II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục hàng hóa

STT	Tên hoạt chất/thành phần	Nồng độ. hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	ĐVT	Nhóm TCKT	Số lượng
1	Methylprednisolon	40mg	Tiêm	Bột pha tiêm	Lọ	Nhóm 2	70
2	Adrenalin	1mg/1ml	Tiêm/ Tiêm truyền	Dung dịch tiêm	Ống	Nhóm 4	300
3	Nhũ dịch lipid	20%/100ml	Tiêm/ Tiêm	Nhũ tương tiêm truyền	Chai	Nhóm 1	20

STT	Tên hoạt chất/thành phần	Nồng độ. hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	ĐVT	Nhóm TCKT	Số lượng
			truyền				
4	Gentamicin	80mg/2ml	Tiêm	Dung dịch tiêm	Ống	Nhóm 4	400
5	Benzylpenicilin	1.000.000 UI	Tiêm	Bột pha tiêm	Lọ	Nhóm 4	30
6	Methyl prednisolon	16mg	Uống	Viên	Viên	Nhóm 3	10.000
7	Methyl prednisolon	4mg	Uống	Viên	Viên	Nhóm 3	15.000
8	Fenofibrat	300mg	Uống	Viên	Viên	Nhóm 4	20.000
9	Bisoprolol fumarat	5mg	Uống	Viên	Viên	Nhóm 3	20.000
10	Allopurinol	300mg	Uống	Viên	viên	Nhóm 2	10.000
11	Furosemid	40mg	Uống	Viên	Viên	Nhóm 4	3.000
12	Spironolacton	25mg	Uống	Viên	Viên	Nhóm 4	2.000
13	Hydrochlorothiazid	25mg	Uống	Viên	Viên	Nhóm 4	2.000
14	Gliclazid	80mg	Uống	Viên nén	Viên	Nhóm 3	26.000
15	Isosorbid-5-mononitrat	60 mg	Uống	viên nén tác dụng kéo dài	Viên	Nhóm 3	10.000
16	Salbutamol sulfat	100mcg/liều x 200 liều	Đường hô hấp	Khí dung đã chia liều	Bình	Nhóm 1	200
17	Salmeterol+ Fluticason propionate	25mcg + 250mcg	Hít qua đường miệng	Thuốc phun mù định liều hệ hỗn dịch	Bình xịt	Nhóm 1	140
18	Salmeterol+ Fluticason propionate	25mcg + 125mcg	Hít qua đường miệng	Hỗn dịch hít qua đường miệng (dạng phun sương)	Bình xịt	Nhóm 1	50
19	Povidon iod	10%/500ml	Dùng ngoài	Dung dịch dùng ngoài	Chai	Nhóm 4	100
20	Simethicon	1g/15ml	Uống	Nhũ uống	Chai	Nhóm 4	50
21	Lidocain	10%/38g	Dùng ngoài	Thuốc phun mù	Lọ	Nhóm 1	20
22	Lidocain	2%/2ml	Tiêm	Dung dịch tiêm	Ống	Nhóm 4	300

2. Địa điểm giao, nhận hàng : Kho dược, Trung tâm Y tế thành phố Bảo Lộc (Địa chỉ : 10 Đinh Tiên Hoàng, phường 1, TP. Bảo Lộc, Lâm Đồng)

3. Thời gian giao hàng dự kiến : Nhà thầu cam kết cung ứng hàng đúng theo dự trù của Trung tâm Y tế thành phố Bảo Lộc trong vòng 07 ngày kể từ ngày nhận được dự trù bằng văn bản, email hoặc qua điện thoại.

4. Dự kiến các điều khoản tạm ứng thanh toán hợp đồng:

- Hình thức thanh toán: chuyển khoản theo đúng giá trị hóa đơn thực tế mua hàng trong vòng 90 ngày kể từ ngày Phòng Hành chính - Tài chính - Kế toán nhận đầy đủ hóa đơn, chứng từ liên quan theo qui định của bên mua.

- Đồng tiền thanh toán: Việt Nam đồng.

5. Các thông tin khác (nếu có):

- Các hãng sản xuất, nhà cung cấp thuộc Nhà cung cấp báo giá theo Mẫu báo giá kèm theo công văn này.

Trân trọng./.

***Nơi nhận:***

- Như trên ;
- BGD (để biết) ;
- Lưu: VT, KH-NV&DS.

**KT. GIÁM ĐỐC  
PHÓ GIÁM ĐỐC**

**Nguyễn Thọ Hoàn**

## Mẫu báo giá

### BÁO GIÁ

**Kính gửi: ... [ghi rõ tên của Chủ đầu tư yêu cầu báo giá]**

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 mặt hàng như sau:

1. Báo giá cho các mặt hàng liên quan :

S T T	Tên thuốc	Tên hoạt chất	Nồng độ, hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Quy cách	Số GPLH /GPNK	Cơ sở SX/ Nước sản xuất	Đơn vị tính	Đơn giá (đã gồm VAT)	Thành tiền
1											
2											
3											
....											

(Gửi kèm theo các tài liệu chứng minh và các tài liệu liên quan sản phẩm công ty chào)

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 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**

(Ký tên, đóng dấu (nếu có))