

Số: 22C /BVM-VTTBYT

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 23 tháng 01 năm 2025

**YÊU CẦU MỜI CHÀO GIÁ  
DỤNG CỤ, VẬT TƯ Y TẾ**

Áp dụng đối với nhu cầu mua sắm vật tư sửa chữa thiết bị y tế của Bệnh viện Mắt

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

Bệnh viện Mắt có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, xây dựng giá gói thầu mua sắm vật tư sửa chữa thiết bị y tế của Bệnh viện Mắt với nội dung cụ thể như sau:

**I. Thông tin của đơn vị yêu cầu chào giá**

1. Đơn vị yêu cầu mời chào giá: Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

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

Họ tên : Nguyễn Tuấn Anh

Chức vụ : Trưởng phòng Vật tư, thiết bị y tế

Số điện thoại : (028).3932.5364 - 1224

Địa chỉ email : vttbyt@bvmat.vn

3. Cách thức tiếp nhận tài liệu mời chào giá tính năng kỹ thuật: Nhận trực tiếp qua đường văn thư tại địa chỉ: Phòng Hành chính Quản trị - Bệnh viện Mắt – Địa chỉ: 280 Điện Biên Phủ, Phường Võ Thị Sáu, Quận 3, Tp.HCM.

**(BỆNH VIỆN CHỈ TIẾP NHẬN HỒ SƠ CỦA CÁC CÔNG TY THEO  
ĐƯỜNG VĂN THƯ BỆNH VIỆN)**

4. Thời hạn tiếp nhận mời chào giá: Từ **08 giờ** kể từ ngày 03 tháng 02 năm 2025 đến trước **16 giờ 30** ngày 13 tháng 02 năm 2025. Các tài liệu nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.

5. Thời hạn có hiệu lực của chào giá, tính năng kỹ thuật: Tối thiểu **180 ngày**, kể từ ngày 14 tháng 02 năm 2025.

**II. Danh mục yêu cầu mời chào giá:**

Danh mục vật tư sửa chữa thiết bị y tế cần mời chào giá:

Stt	Tên vật tư, thiết bị y tế / tên vật tư sửa chữa / dịch vụ bảo trì	Đơn vị tính	Số lượng	Yêu cầu về Tính năng kỹ thuật
1	Ron cửa máy hấp Selectomat SL 669-2VR (02 cái) + keo bôi trơn chịu nhiệt (01 hũ)	Bộ	01	Ron cửa + keo bôi trơn chịu nhiệt tương thích máy hấp Selectomat SL 669-2VR

Lưu ý: Trong tài liệu của quý công ty vui lòng sử dụng đúng biểu mẫu - KHÔNG xóa, KHÔNG thay đổi thứ tự các cột, các nội dung trong các biểu mẫu đính kèm (biểu mẫu 1). Nội dung nào không có thì quý công ty để trống hoặc ghi không có, nộp kèm theo tài liệu tính năng kỹ thuật gồm các tài liệu liên quan đến sản phẩm, hợp đồng hoặc quyết định trúng thầu, thông báo trúng thầu (nếu có)./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Lưu VT; VTTBYT  
(NTH\_1b).



**(điền Header của Công ty)**  
**BẢO GIÁ**

*Áp dụng đối với nhu cầu mua sắm vật tư sửa chữa thiết bị y tế của Bệnh viện Mắt*

**Kính gửi: BỆNH VIỆN MẮT**

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của BỆNH VIỆN MẮT, chúng tôi .... [ghi tên, địa chỉ của hãng sản xuất, nhà cung cấp] xin cung cấp báo giá cho các vật tư sửa chữa thiết bị y tế như sau:

1. Danh mục:

Stt	Chung loại / Tên thiết bị	Tên thương mại, Ký mã hiệu, Hãng sx, Nước sx	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá + VAT (VND)	Chi phí cho các dịch vụ liên quan (VND)	Thuế, phí, lệ phí (nếu có) (VND)	Thành tiền (VND)	Tên Công ty/ Nhà cung cấp	Mã định danh (vn...)
	(1)		(2)	(3)	A=A1+A2	A1	A2	B = A x (3)		
1										
2										
3										

(1), (2), (3): Theo thông tin trong Danh mục của bệnh viện (mục II.1)

(Gửi kèm theo các tài liệu chứng minh về tính năng, thông số kỹ thuật và các tài liệu liên quan - nếu có)

2. Tài liệu này có hiệu lực trong vòng: 180 ngày, kể từ ngày ... tháng ... năm ...

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.
- Tài liệu của các dụng cụ phẫu thuật nêu trong phía trên là không vi phạm quy định của pháp luật về cạnh tranh.
- Những thông tin nêu trong tài liệu trên là trung thực.

....., ngày ... tháng .... năm 2024

**Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà cung cấp**  
(Ký tên, đóng dấu (nếu có))

