

Số: 1865.../BVND115-TTB

TP.Hồ Chí Minh, ngày 18 tháng 6 năm 2024

## YÊU CẦU BÁO GIÁ

V/v yêu cầu báo giá cung cấp dịch vụ sửa chữa, bảo dưỡng,  
kiểm định, hiệu chuẩn trang thiết bị y tế lần 18/2024

**Kính gửi: Các nhà cung cấp dịch vụ tại Việt Nam**

Bệnh viện Nhân Dân 115 có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, xây dựng giá gói thầu, làm cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu cung cấp dịch vụ sửa chữa, bảo dưỡng, kiểm định, hiệu chuẩn trang thiết bị y tế lần 18/2024 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 Nhân Dân 115 (địa chỉ: số 527 đường Sur Vạn Hạnh, phường 12, quận 10, Thành phố Hồ Chí Minh).
- Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:
  - Họ tên: Trương Tú Quỳnh Chức vụ: nhân viên
  - Số điện thoại: (028).38.650.615 (phòng VT,TBYT)
  - Địa chỉ email: [phongvtttbyt115@gmail.com](mailto:phongvtttbyt115@gmail.com)

### 3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

Nhận trực tiếp tại địa chỉ:

- Phòng Vật tư, thiết bị y tế, Bệnh viện Nhân Dân 115;
  - Địa chỉ: số 818, đường Sur Vạn Hạnh, phường 12, quận 10, TPHCM (Khu Chẩn đoán và điều trị kỹ thuật cao);
  - Lưu ý: Bản gốc các báo giá phải để vào túi hồ sơ, có niêm phong, bên ngoài ghi rõ “BÁO GIÁ DỊCH VỤ SỬA CHỮA, BẢO DƯỠNG, KIỂM ĐỊNH, HIỆU CHUẨN TRANG THIẾT BỊ Y TẾ LẦN 18/2024”. Khi vào nộp báo giá, đề nghị đại diện của các nhà cung cấp dịch vụ tại Việt Nam phải gặp trực tiếp người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá nêu trên để ký xác nhận thời gian đã nộp hồ sơ.
- Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 08 giờ ngày 18... tháng 6... năm 2024 đến trước 17 giờ ngày 22... tháng 6... năm 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, kể từ ngày 22... tháng 6... năm 2024;

### II. Nội dung yêu cầu báo giá:

- Danh mục các dịch vụ kèm mô tả dịch vụ, số lượng, đơn vị tính, địa điểm thực hiện dịch vụ và dự kiến ngày hoàn thành dịch vụ sửa chữa, bảo dưỡng, kiểm định, hiệu chuẩn trang thiết bị y tế lần 18/2024:
  - Theo danh mục đính kèm;

2. Dự kiến về các điều khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng: Bệnh viện sẽ tạm ứng, thanh toán cho các nhà cung cấp dịch vụ tại Việt Nam bằng chuyển khoản, sau 90 ngày, kể từ ngày công ty cung cấp đầy đủ các chứng từ hợp lệ đã được quy định;

GIÁM ĐỐC

Nơi nhận:

- Như trên;
- Ban Giám đốc;
- Phòng CTXH (để đăng tin);
- Lưu VT.



BS. CKII. TRẦN VĂN SÓNG

DANH MỤC DỊCH VỤ SỬA CHỮA, BẢO DƯỠNG, KIỂM ĐỊNH,  
HIỆU CHUẨN TRANG THIẾT BỊ Y TẾ  
YÊU CẦU BÁO GIÁ LẦN 18/2024

(Đính kèm Yêu cầu báo giá số ..1865../BVND115-TTB ngày .18../.6../2024)

ST T	Danh mục dịch vụ	Mô tả dịch vụ (*)	Số lượng	Đơn vị tính	Địa điểm thực hiện dịch vụ	Dự kiến ngày hoàn thành dịch vụ
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>KIỂM ĐỊNH</b>						
1	Dịch vụ liều kế cá nhân	Sử dụng dịch vụ đo liều kế cá nhân, gồm sử dụng liều kế và đọc kết quả liều kế.	152	Liều kế	BVND115	07/2024
2	Liều kế phòng XQ	Đo liều phóng môi trường	18	Liều kế	CDHA, THẬN NGOẠI, GMHS	07/2024
3	Liều kế dự phòng	Dự phòng	05	Liều kế	BVND115	07/2024

*Trần*



CÔNG TY .....  
Địa chỉ: .....  
Số điện thoại: .....  
Email: .....

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

Số: ....., ngày ..... tháng ..... năm 2024

V/v báo giá cung cấp dịch vụ sửa chữa, bảo dưỡng, kiểm định, hiệu chuẩn trang thiết bị y tế (lần ...../2024)

### BÁO GIÁ<sup>(1)</sup>

Kính gửi: BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Bệnh viện Nhân Dân 115, chúng tôi ..... [ghi tên, địa chỉ của nhà cung cấp; trường hợp nhiều 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 cung cấp dịch vụ sửa chữa, bảo dưỡng, kiểm định, hiệu chuẩn trang thiết bị y tế như sau:

7. Báo giá cung cấp dịch vụ sửa chữa, bảo dưỡng, kiểm định, hiệu chuẩn trang thiết bị y tế (lần ...../2024) như sau:

STT		Danh mục dịch vụ	Mô tả dịch vụ	Số lượng	Đơn vị tính	Đơn giá (VND)	Thành tiền (VND)
STT	STT theo danh mục yêu cầu báo giá						
1							
2							
<b>Tổng cộng:</b>							

8. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: ..... ngày [ghi cụ thể số ngày nhưng không nhỏ hơn 90 ngày], kể từ ngày ..... tháng ..... năm 2024 [ghi ngày tháng năm kết thúc nhận báo giá phù hợp với thông tin tại khoản 4 Mục I - Yêu cầu báo giá].

9. 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 2024

**Đại diện hợp pháp của nhà cung cấp<sup>(2)</sup>**  
(Ký tên, đóng dấu (nếu có))

**Ghi chú:**

(1) Nhà cung cấp điền đầy đủ các thông tin để báo giá theo Mẫu này.

(2) Người đại diện theo pháp luật hoặc người được người đại diện theo pháp luật ủy quyền phải ký tên, đóng dấu (nếu có). Trường hợp ủy quyền, phải gửi kèm theo giấy ủy quyền ký báo giá. Trường hợp liên danh tham gia báo giá, đại diện hợp pháp của tất cả các thành viên liên danh phải ký tên, đóng dấu (nếu có) vào báo giá.



