

SỞ Y TẾ QUẢNG NINH
BỆNH VIỆN SẢN NHI

Số: 1415/BVSN-KD

Về việc mời chào giá một số mặt hàng
mua sắm thuốc Generic phục vụ khám
chữa bệnh cho Nhà thuốc Bệnh viện
Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh tháng 12 năm
2024.

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

Quảng Ninh, ngày 03 tháng 12 năm 2024

YÊU CẦU BÁO GIÁ

Kính gửi: Các công ty sản xuất/ nhập khẩu/ kinh doanh dược phẩm
Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham
khảo, mua sắm thuốc Generic phục vụ khám chữa bệnh cho Nhà thuốc Bệnh viện Sản
Nhi tỉnh Quảng Ninh tháng 12 năm 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 Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh – khu Minh Khai, phường Đại Yên, thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh.
- Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Bùi Cao Tân, nhân viên khoa Dược, SĐT: 0901290288, email: duocsannhi@gmail.com.
- Cách thức tiếp nhận báo giá:
 - Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh – khu Minh Khai, phường Đại Yên, thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh.
 - Nhận qua email: duocsannhi@gmail.com.
- Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 08h ngày 04 tháng 12 năm 2024 đến trước 17h ngày 14 tháng 12 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 ký báo giá.

II. Danh mục thuốc

Đề nghị Quý công ty báo giá các mặt hàng thuốc hiện đang kinh doanh đáp ứng các tiêu chí tại Phụ lục I đính kèm và báo giá theo mẫu Phụ lục II cùng tài liệu theo mẫu Phụ lục III đính kèm.

Bệnh viện xin trân trọng thông báo./.

Nơi nhận:

- Nt; SYTQN (đăng tải)
- Lưu: VT, KD.



PHỤ LỤC I

(kèm theo Công văn số 1415/BVSN-KD ngày 03/12/2024 của
Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh)

STT	Tên hoạt chất *	Nồng độ - Hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Đơn vị tính	Nhóm TCKT	Số lượng
1	Clarithromycin	125mg/5ml, 60ml	Uống	Bột/cốm/hạt pha uống	Lọ	Nhóm 5	100
2	Povidon iod	1% kl/tt	Súc họng và miệng	Thuốc tác dụng tại niêm mạc miệng	Chai	Nhóm 1	100
3	Progesteron	200mg	Uống, đặt âm đạo	Viên nang	Viên	Nhóm 1	1.050
4	Sắt (III) hydroxyd polymaltose	50mg/ml x 30ml	Uống	Dung dịch/hỗn dịch/nhũ dịch uống	Chai	Nhóm 4	300
5	Betamethason + Dexclorpheniramin maleat	(0,25mg + 2mg)/5ml - 5ml	Uống	Dung dịch/hỗn dịch/nhũ dịch uống	Ống	Nhóm 4	4.000

* Ghi chú: Thông tin ghi tại cột Tên hoạt chất trong bảng này là các dạng đồng phân hóa học hoặc các dạng muối có cùng tác dụng dược lý, tác dụng điều trị của dược chất.

PHỤ LỤC II

Tên công ty: (kèm theo Công văn số 1415/BVSN-KD ngày 03/12/2024 của Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh)



Số điện thoại liên hệ:

DANH MỤC BÁO GIÁ THUỐC

Kính gửi: Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh.

Thực hiện đề nghị của Quý Bệnh viện về việc cung cấp báo giá thuốc, Công ty xin trân trọng gửi bảng báo giá các mặt hàng thuốc hiện đang kinh doanh, cụ thể như sau:

STT	Nhóm TCKT (*)	Tên thuốc	Tên hoạt chất	Nồng độ, Hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế (*)	SDK hoặc GPNK	Quy cách đóng gói	Cơ sở sản xuất	Nước sản xuất	Đơn vị tính	Đơn giá (**) (VND) (VAT)	Đơn giá KKL còn hiệu lực (VND) (VAT)	Giá trúng thầu 12 tháng gần nhất (nếu có)		
														Giá trúng thầu (có VAT) (VND)	Số, ngày Quyết định phê duyệt trúng thầu	Đơn vị trúng thầu
1																
2																
...																

Báo giá có hiệu lực ... ngày kể từ ngày..... Đến ngày/.../.....

ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CÔNG TY

(ghi rõ họ tên, ký, đóng dấu)

Ghi chú:

- Đối với các nội dung có ghi dấu (*) đề nghị công ty cung cấp thông tin của mặt hàng báo giá theo quy định Thông tư số 07/2024/TT-BYT ngày 17/5/2024 của Bộ Y tế.
- Đơn giá (**) là mức giá bán đã bao gồm toàn bộ các loại thuế, phí, lệ phí, chi phí vận chuyển và các chi phí cần thiết để cung ứng thuốc đến khoa Dược của Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh.
- Các thông tin thuốc báo giá đúng theo Quyết định cấp số đăng ký thuốc hoặc giấy phép lưu hành hoặc giấy phép nhập khẩu.

PHỤ LỤC III

(kèm theo Công văn số 1415/BVSN-KD ngày 03/12/2024 của
Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh)

Danh mục tài liệu hồ sơ năng lực gửi kèm theo văn bản báo giá

STT	Tên tài liệu	Yêu cầu	Số lượng (bản)	Ghi chú
1	Giấy chứng nhận thực hành tốt phân phối thuốc (GDP)	Bản photo, đóng dấu công ty	01	