

SỞ Y TẾ QUẢNG NINH
BỆNH VIỆN SẢN NHI
Số: 1272/BVSN-KD

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
Quảng Ninh, ngày 10 tháng 11 năm 2025

V/v mời chào khí y tế của Bệnh viện
Sân Nhi tỉnh Quảng Ninh

YÊU CẦU BÁO GIÁ

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

Bệnh viện Sân Nhi tỉnh Quảng Ninh 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 gói thầu Mua sắm khí y tế của Bệnh viện Sân Nhi tỉnh Quảng Ninh thuộc dự toán Mua sắm khí y tế của Bệnh viện Sân Nhi tỉnh Quảng Ninh với nội dung cụ thể như sau:

I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện Sân Nhi tỉnh Quảng Ninh – khu Minh Khai, phường Tuần Châu, tỉnh Quảng Ninh.

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Phạm Anh Tuấn - Trưởng khoa Dược, SĐT: 0915.694.888, email: duocsannhi@gmail.com.

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Bệnh viện Sân Nhi tỉnh Quảng Ninh – khu Minh Khai, phường Tuần Châu, tỉnh Quảng Ninh.

- Nhận qua email: duocsannhi@gmail.com.

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 08h00 ngày 10 tháng 11 năm 2025 đến trước 16h00 ngày 21 tháng 11 năm 2025.

Các báo giá nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày kể từ ngày 21 tháng 11 năm 2025.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục hàng hóa yêu cầu báo giá:

STT	Tên hàng hóa	Mô tả yêu cầu về tính năng, thông số kỹ thuật và các thông tin liên quan về kỹ thuật	Đơn vị tính	Số lượng
1	Oxy lỏng	Hàm lượng Oxy $\geq 99,6\%$. Màu xanh nhạt, không mùi, không vị, không độc.	Kg	250.000
2	Khí oxy bình 10l	Hàm lượng Oxy $\geq 99,6\%$. Không màu, không mùi, không vị, không độc. Áp suất sử dụng ≥ 135 atm. Quy cách: Bình 10 lít ($\pm 5\%$)	Bình	700
3	Khí oxy bình 40l	Hàm lượng Oxy $\geq 99,6\%$ Không màu, không mùi, không vị, không độc. Áp suất sử dụng ≥ 135 atm.	Bình	50

STT	Tên hàng hóa	Mô tả yêu cầu về tính năng, thông số kỹ thuật và các thông tin liên quan về kỹ thuật	Đơn vị tính	Số lượng
		Quy cách: Bình 40 lít ($\pm 5\%$)		
4	Khí carbonic bình 40l	Hàm lượng carbonic $\geq 99,9\%$. Áp suất sử dụng ≥ 135 atm. Quy cách: Bình 40 lít ($\pm 5\%$)	Bình	400
5	Khí nitơ lỏng	Hàm lượng Nitơ $\geq 99,9\%$. Khí trơ không màu, không mùi, không vị.	Kg	24.000
6	Khí nitơ bình	Hàm lượng Nitơ $\geq 99,9\%$. Khí trơ không màu, không mùi, không vị. Áp suất sử dụng ≥ 135 atm. Quy cách: Bình 40 lít ($\pm 5\%$)	Bình	150

2. Địa điểm cung cấp, lắp đặt, các yêu cầu về vận chuyển, cung cấp, lắp đặt, bảo quản thiết bị y tế: Vận chuyển và bàn giao tại Kho Khoa Dược – Tầng 4 nhà B – Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ninh.

3. Thời gian thực hiện gói thầu: 24 tháng kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực.

4. Dự kiến về các điều khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng: Thanh toán theo từng đợt giao hàng, sau khi bên mua nhận được đầy đủ chứng từ, biên bản bàn giao và nghiệm thu.

Bệnh viện xin trân trọng thông báo./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu: VT, KD.

GIÁM ĐỐC

Bùi Minh Cường

PHỤ LỤC 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 thiết bị y tế như sau:

1. Báo giá cho các thiết bị y tế và dịch vụ liên quan:

STT	Số TT yêu cầu báo giá	Danh mục thiết bị y tế	Ký, mã, nhãn hiệu, model, hãng sản xuất	Số văn bản ban hành kết quả phân loại/ số đăng ký lưu hành/ Số giấy phép nhập khẩu (Đối với mặt hàng là TBYT)	Thông số kỹ thuật cơ bản	Mã HS	Năm sản xuất	Xuất xứ	Quy cách đóng gói	Đơn vị tính	Số lượng/ Khối lượng	Đơn giá (VAT) (VND)	Chi phí cho các dịch vụ liên quan (VND)	Thuế, phí, lệ phí (nếu có) (VND)	Thành tiền (VND)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)
1		Thiết bị A													
2		Thiết bị B													
3															
Tổng: ... mặt hàng											Tổng thành tiền: (Bằng chữ: ...)				

(Gửi kèm theo các tài liệu chứng minh về tính năng, thông số kỹ thuật, văn bản ban hành kết quả phân loại/ số đăng ký lưu hành/ Số giấy phép nhập khẩu và các tài liệu liên quan của thiết bị y tế)

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], kể từ ngày ... tháng... năm ... [ghi ngàytháng...năm... kết thúc nhận báo giá phù hợp với thông tin tại khoản 4 Mục I - Yêu cầu báo giá].

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 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.....

**Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà
cung cấp**

(Ký tên, đóng dấu (nếu có))