

SỞ Y TẾ QUẢNG NINH
BỆNH VIỆN SẢN-NHI
Số: 936/BVSN-KD

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc
Quảng Ninh, ngày 15 tháng 4 năm 2026

V/v mời chào giá Sinh phẩm, vật tư xét
nghiệm của Bệnh viện Sản Nhi tỉnh
Quảng Ninh

YÊU CẦU BÁO GIÁ

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

Bệnh viện Sản-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 Sinh phẩm, vật tư xét nghiệm của Bệnh viện Sản 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 Sản-Nhi tỉnh Quảng Ninh – khu Minh Khai, phường Đại Yên, thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh.

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Huỳnh Đức Thiện - Nhân viên khoa Dược, SĐT: 0327.527.693, email: duocsannhi@gmail.com.

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Bệnh viện Sản-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 15 tháng 4 năm 2026 đến trước 16h30 ngày 27 tháng 4 năm 2026.

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 27 tháng 4 năm 2026.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục thiết bị y tế/ linh kiện, phụ kiện, vật tư thay thế sử dụng cho trang thiết bị y tế (gọi chung là thiết bị).

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	Anti - A	Chất thử chẩn đoán nhóm máu A, dùng phương pháp thủ công. Đạt tiêu chuẩn ISO 13485.	mL	6.600
2	Anti - A,B (O)	Chất thử chẩn đoán nhóm máu AB, dùng phương pháp thủ công. Đạt tiêu chuẩn ISO 13485.	mL	6.600
3	Anti - B	Chất thử chẩn đoán nhóm máu B, dùng phương pháp thủ công. Đạt tiêu chuẩn ISO 13485.	mL	6.600
4	Anti - D	Chất thử chẩn đoán nhóm máu D, dùng phương pháp thủ công. Đạt tiêu chuẩn ISO 13485.	mL	5.500
5	Huyết thanh kháng globulin	Thuốc thử xét nghiệm xác định Anti Human globulin (AHG). Huyết thanh phản ứng chéo nhóm máu AHG. Đạt tiêu chuẩn ISO 13485.	mL	220
6	Thẻ định nhóm máu tại giường	Định nhóm máu hệ ABO tại giường bệnh. Thẻ chứa các kháng thể Anti-A, Anti-B đã được đông khô. Đạt tiêu chuẩn ISO 13485.	Thẻ	4.000
7	Test Phát hiện Kháng thể Mycoplasma Pneumonia	Test Phát hiện Kháng thể Mycoplasma Pneumonia trong mẫu máu của người. Đạt tiêu chuẩn ISO 13485.	Test	500

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 giao hàng dự kiến: 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))