

Số: 725/TB-BVQDY

Cần Thơ, ngày 22 tháng 10 năm 2025

THÔNG BÁO MỜI BÁO GIÁ

(V/v mời báo giá Máy xét nghiệm miễn dịch LUMIPULSE G600II)

Kính gửi: Quý doanh nghiệp, Nhà cung cấp thiết bị y tế

Bệnh viện Quân Dân y Sóc Trăng có kế hoạch mua sắm Máy xét nghiệm miễn dịch LUMIPULSE G600II để phục vụ cho công tác khám, chữa bệnh. Bệnh viện có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo xây dựng giá, làm cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu cho việc mua sắm Máy xét nghiệm miễn dịch LUMIPULSE G600II 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 Quân Dân y Sóc Trăng
- Cách thức nhận báo giá: Bệnh viện Quân Dân y Sóc Trăng, số 377 Nguyễn Văn Linh, Phường Phú Lợi, Thành phố Cần Thơ. Điện thoại: 0299.6255312 – 0299.6255309.

Thời gian tiếp nhận báo giá: Từ ngày ra thông báo đến trước 17 giờ 00 phút ngày 31/10/2025.

Kính đề nghị Quý doanh nghiệp, nhà cung cấp thiết bị y tế có quan tâm và có đủ năng lực tham gia gửi báo giá.

II. Nội dung yêu cầu báo giá

- Danh mục thiết bị y tế yêu cầu báo giá:

STT	Danh mục	Đơn vị tính	Số lượng/ Khối lượng	Thông tin kỹ thuật
1	Máy xét nghiệm miễn dịch LUMIPULSE G600II	Cái	01	Máy xét nghiệm miễn dịch Model: LUMIPULSE G600II Hãng sản xuất: Fujirebio Inc., Nhật Bản

- Thời hạn giao hàng dự kiến: 90 ngày kể từ ngày Hợp đồng có hiệu lực.

Lưu ý:

- Báo giá đầy đủ tính năng, thông số kỹ thuật và các thông tin khác liên quan đến hàng hóa chào giá, cung cấp kèm Catalog hoặc tài liệu thông số kỹ thuật của hàng hóa.
- Gửi báo giá gốc bản cứng về địa chỉ: Bệnh viện Quân Dân y Sóc Trăng, số 377 Nguyễn Văn Linh, Phường Phú Lợi, Thành phố Cần Thơ.

- Yêu cầu báo giá được đăng tải trên cổng thông tin điện tử của Bệnh viện Quân Dân y Sóc Trăng.

Bệnh viện xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của Quý đơn vị./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu: VT, KD.



Nguyễn Chí Toàn





MẪU BÁO GIÁ

(Kèm theo Thư mời báo giá số 725/TB-BVQDY ngày 22/10/2025 của Bệnh viện Quân Dân Y Sóc Trăng)

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 như sau:

1. Báo giá cho Máy xét nghiệm miễn dịch LUMIPULSE G600II:

STT	Danh mục	Ký mã hiệu, Model, hãng sản xuất (Tham khảo)	Mô tả yêu cầu về tính năng, thông số kỹ thuật và các thông tin liên quan về kỹ thuật	Mã HS	Năm sản xuất	Xuất xứ (Tham khảo)	ĐVT	Số lượng/ Khối lượng	Đơn giá (VNĐ)	Chi phí cho dịch vụ liên quan (VNĐ)	Thuế phí, lệ phí (nếu có) (VNĐ)	Thành tiền (VNĐ)	Ghi chú

(Gửi kèm theo tài liệu chứng minh về tính năng, thông số kỹ thuật và các tài liệu liên quan của thiết bị)

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: ... ngày, kể từ ngày ... tháng ... năm *[ghi cụ thể số ngày nhưng không nhỏ hơn 120 ngày]*, kể từ ngày ... tháng ... năm ... *[ghi ngày ... tháng ... năm ... kết thúc nhận báo giá phù hợp với thông tin ở thông báo mời 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 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))