

Số: /TB-BV
V/v yêu cầu báo giá thuốc
hỗ trợ sinh sản cho người

Bình Lộc, ngày tháng năm 2025

YÊU CẦU BÁO GIÁ

Kính gửi: Quý công ty, nhà cung cấp

Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh xin kính mời các đơn vị có khả năng cung ứng các thuốc hỗ trợ sinh sản cho người vui lòng gửi hồ sơ chào giá theo 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 đa khoa khu vực Long Khánh - Số 911, đường 21 tháng 4, phường Bình Lộc, tỉnh Đồng Nai.

2. Thông tin liên hệ người chịu trách nhiệm báo giá:

- Bà: Trần Thị Trúc Vân - Trưởng khoa Dược

- Số điện thoại: 02513.870.985

3. Cách thức nhận báo giá:

- Báo giá theo mẫu đính kèm.

- Nhận bản giấy trực tiếp hoặc gửi bưu điện theo địa chỉ: Khoa Dược, Bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh - Số 911, đường 21 tháng 4, phường Bình Lộc, tỉnh Đồng Nai.

- Nhận file scan và excel qua địa chỉ email: tdtkhoaduocbvlk@gmail.com với tiêu đề TÊN CÔNG TY - BÁO GIÁ...

4. Thời gian tiếp nhận báo giá:

Từ ngày ra thông báo đến trước 16 giờ 30 phút, ngày 29 tháng 8 năm 2025.

Các báo giá được nhận 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 29 tháng 8 năm 2025.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Chi tiết danh mục hàng hóa: (đính kèm phụ lục)

2. Yêu cầu: Giá thuốc thấp hơn giá kê khai, kê khai lại (nếu có), bản photo kết quả lựa chọn nhà thầu còn hiệu lực của sản phẩm trong vòng 12 tháng có đóng dấu công ty (nếu có) hoặc hóa đơn cung ứng sản phẩm với 03 cơ sở khám, chữa bệnh; Hồ sơ liên quan đến sản phẩm chào giá có đóng dấu công ty; Hồ sơ năng lực của nhà cung cấp (Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp, giấy chứng nhận đủ điều kiện kinh doanh Dược, GSP/GDP,...).

3. Địa điểm cung cấp hàng hóa: Khoa Dược, Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh - Số 911, đường 21 tháng 4, phường Bình Lộc, tỉnh Đồng Nai.

4. Thời gian dự kiến thực hiện hợp đồng: 180 ngày kể từ ngày hợp đồng có hiệu lực.

5. Dự kiến về các điều khoản thanh toán hợp đồng:

- Hình thức thanh toán: Chuyển khoản.

- Đồng tiền thanh toán: VNĐ.

- Thời hạn thanh toán: Theo hợp đồng thỏa thuận.

Trân trọng./.

GIÁM ĐỐC

Nơi nhận:

- Như trên;

- Lưu: VT, K. Dược.

Phan Văn Huyền

PHỤ LỤC DANH MỤC

(đính kèm Thông báo số /TB-BV ngày 19/8/2025 của Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh)

STT	Tên hoạt chất	Tên thương mại	Nồng độ/ hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Đơn vị tính	Số lượng
1	Progesterone	CYCLOGEST 400mg	400mg	Đặt âm đạo/ hậu môn	Thuốc đặt	Viên	1.800
2	Progesteron	Perfecly	400mg	Đặt âm đạo	Thuốc đặt	Viên	1.440
3	Human Chorionic Gonadotropin	IVF-C Inj.5000IU	5000IU	Tiêm	Bột pha tiêm	Lọ	180
4	Menotropin	IVF-M Inj.75IU	75IU	Tiêm	Bột pha tiêm	Lọ	120
5	Menotropin	IVF-M Inj.150IU	150IU	Tiêm	Bột pha tiêm	Lọ	300
6	Follitropin alfa	Gonal-f	300IU (22µg/0,5ml)	Tiêm dưới da	Dung dịch tiêm pha sẵn trong bút	Bút tiêm	30
7	Follitropin beta	Puregon	300IU/ 0,36ml	Tiêm dưới da	Dung dịch tiêm	Bút tiêm	60
8	Letrozole	Femara	2.5mg	Uống	Viên nén bao phim	Viên	540

CÔNG TY:
Mã số thuế:
Địa chỉ:
Số điện thoại liên hệ:

BẢNG BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện ĐKKV Long Khánh

Địa chỉ: Khoa Dược, Bệnh viện ĐKKV Long Khánh - Số 911 đường 21/4, phường Bình Lộc, tỉnh Đồng Nai.

Công ty chúng tôi báo giá hàng hóa như sau:

STT	Nhóm TCKT	Tên hoạt chất	Tên thương mại	Nồng độ/ hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Quy cách đóng gói	SDK, GPNK	Cơ sở sản xuất	Nước sản xuất	Đơn vị tính	Giá kê khai	Đơn giá (có VAT) (VNĐ)	Quyết định trúng thầu-Nơi trúng thầu (nếu có)
1														
2														
3														

- Chúng tôi cam kết các thông tin trong bảng báo giá gửi Bệnh viện là đúng như đã đăng ký; đơn giá chào hàng hoá bằng hoặc thấp hơn giá trên thị trường cùng nhà cung ứng hoặc cùng chủng loại.
- Báo giá này có hiệu lực kể từ ngày ký cho đến.....

....., ngàytháng năm
ĐẠI DIỆN THEO PHÁP LUẬT
(Ký tên và đóng dấu)