

Số: 1923 /TB-BVT  
V/v Báo giá cung cấp vật tư cho hệ thống nội soi  
Olympus của Bệnh viện.

Quảng Ninh, ngày 30 tháng 6 năm 2025

Kính gửi: Các tổ chức/cá nhân kinh doanh trang thiết bị

Căn cứ nhu cầu cần thiết sử dụng vật tư, phụ kiện chuyên dụng cho hệ thống nội soi Olympus phục vụ công tác khám chữa bệnh của Bệnh viện;

Phòng Vật tư – Thiết bị y tế đề nghị mời đơn vị có khả năng thực hiện gửi báo giá đến Bệnh viện, cụ thể như sau:

| Stt | Tên hàng hóa, chủng loại       | ĐVT | Số lượng | Cấu hình kỹ thuật tham khảo                   |
|-----|--------------------------------|-----|----------|-----------------------------------------------|
| 1   | Kim tiêm cầm máu               | 02  | Hộp      | - Vật tư sử dụng cho hệ thống nội soi Olympus |
| 2   | Van khí nước cho ống nội soi   | 06  | Cái      |                                               |
| 3   | Van hút cho ống nội soi        | 03  | Cái      |                                               |
| 4   | Bình nước cho hệ thống nội soi | 02  | Cái      |                                               |

Để có cơ sở lựa chọn đơn vị cung cấp vật tư cho hệ thống nội soi Olympus phù hợp nhất. Kính mời các đơn vị có đủ năng lực, kinh nghiệm cung cấp báo giá đến.

Giá báo giá là giá của 100% dịch vụ, đã bao gồm đầy đủ cung cấp hàng hóa thuế VAT, phí, lệ phí (nếu có), chi phí vận chuyển, vật tư và trang thiết bị y tế bàn giao lắp đặt hoàn thiện tại Bệnh viện.

1. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:

- Ông Vũ Mạnh Thông, SĐT: 0969.833.839, Phụ trách phòng VT-TBYT.
- Ông Giáp Văn Trung, SĐT: 0936.246.834, Cán bộ phòng VT-TBYT.

2. Cách thức tiếp nhận báo giá:

- Bản cứng: Phòng Vật tư- Thiết bị y tế, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh; Địa chỉ: Phố Tuệ Tĩnh, phường Bạch Đằng, thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh.

3. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Trong vòng 10 ngày (Từ ngày 01 tháng 7 năm 2025 đến trước 17h ngày 10 tháng 7 năm 2025).

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

**\* Lưu ý:**

- Bệnh viện xem xét không tổng hợp báo giá trong các trường hợp sau:

- + Các báo giá nhận được sau thời điểm trên
- + Không có báo giá bản cứng được ký người có thẩm quyền;
- + Không cung cấp tài liệu chứng minh thông số kỹ thuật;
- + Không có thông tin rõ ràng như địa chỉ, số điện thoại, email hoặc ký bởi người không có thẩm quyền;

Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh trân trọng thông báo./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Phòng TT&HCQT (đăng tải lên CTTĐT);
- Lưu: VT, VT-TBYT.

**GIÁM ĐỐC**   
  
**Nguyễn Bá Việt**



**Mẫu số 1**  
**BÁO GIÁ<sup>(1)</sup>**

**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 | Danh mục thiết bị y tế <sup>(2)</sup> | Ký, mã, nhãn hiệu, model, hãng sản xuất <sup>(3)</sup> | Mã HS <sup>(4)</sup> | Năm sản xuất <sup>(5)</sup> | Xuất xứ <sup>(6)</sup> | Số lượng/khối lượng <sup>(7)</sup> | Đơn giá <sup>(8)</sup> (VND) | Chi phí cho các dịch vụ liên quan <sup>(9)</sup> (VND) | Thuế, phí, lệ phí (nếu có) <sup>(10)</sup> (VND) | Thành tiền <sup>(11)</sup> (VND) |
|-----|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1   | Thiết bị A                            |                                                        |                      |                             |                        |                                    |                              |                                                        |                                                  |                                  |
| 2   | Thiết bị B                            |                                                        |                      |                             |                        |                                    |                              |                                                        |                                                  |                                  |
| n   | ...                                   |                                                        |                      |                             |                        |                                    |                              |                                                        |                                                  |                                  |

(Gửi kèm theo các tài liệu chứng minh về tính năng, thông số kỹ thuật 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 ngày ....tháng...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<sup>(12)</sup>**  
(Ký tên, đóng dấu (nếu có))