|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ TỈNH BẾN TRE  **TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN BA TRI**  Số: 408/GM-TTYT | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**  *Ba Tri, ngày 10 tháng 4 năm 2024* |

GIẤY MỜI

Về việc mời chào giá

Căn cứ Luật đấu thầu số 22/2023/QH15 ngày 23 tháng 6 năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 24/2024/NĐ-CP ngày 27 tháng 02 năm 2024 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu;

Căn cứ nhu cầu sử dụng thuốc của các đơn vị y tế thuộc Trung tâm Y tế để thực hiện công tác khám chữa bệnh BHYT và để có căn cứ xây dựng dự toán mua sắm, Trung tâm Y tế huyện Ba Tri kính mời Quý Công ty, Doanh nghiệp kinh doanh có khả năng cung cấp hàng hoá quan tâm tham gia chào giá. Chi tiết cụ thể như sau:

**I. Nội dung giấy mời chào giá**

1. Tên hạng mục

Gói thầu mua sắm thuốc bổ sung các mặt hàng rớt thầu năm 2023

2. Các danh mục hàng hoá, mô tả kỹ thuật *(Xem danh mục đính kèm).*

3. Phương thức chào giá: Chào giá cạnh tranh.

4. Hình thức chào giá: Bảng báo giá.

5. Thời hạn tiếp nhận báo giá: **Từ 08 giờ ngày 10 tháng 4 năm 2024 đến trước 17 giờ ngày 23 tháng 4 năm 2024.**

6. Hồ sơ xin gửi về địa chỉ: **Trung tâm Y tế huyện Ba Tri**

- Địa chỉ: Quốc lộ 57C, khu phố 5, thị trấn Ba Tri, huyện Ba Tri, tỉnh Bến Tre. Số ĐT: 0986.212.363.

- Email: **tomuasamttytbatri@gmail.com.**

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

7. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 60 ngày kể từ ngày 10 tháng 4 năm 2024.

**II. Nội dung hồ sơ chào giá**

-Bảng chào giá (theo mẫu của Chủ đầu tư): Giá đã bao gồm thuế VAT, phí và vận chuyển đến kho của Trung tâm Y tế huyện Ba Tri.

- Giấy đăng ký kinh doanh.

**III. Yêu cầu chất lượng sản phẩm**

Các sản phẩm phải đạt tiêu chuẩn và được Bộ Y tế cấp phép lưu hành trên thị trường Việt Nam

Rất mong Quý Công ty, Doanh nghiệp tham gia chào giá./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  - Như trên;  - Lưu: VT, KHNV. | **GIÁM ĐỐC** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PHỤ LỤC**  *(Kèm theo văn bản số: 408 /TMCG-TTYT ngày 10/4/2024)*  **BÁO GIÁ HÀNG HOÁ**  Kính gửi: Trung tâm Y tế huyện Ba Tri  Chúng tôi, Công ty (Tên Đơn vị) ……., có địa chỉ tại: ……  Chúng tôi cam kết là đơn vị có tư cách pháp nhân độc lập, được thành lập và hoạt động theo quy định của Luật doanh nghiệp, đủ điều kiện kinh doanh hàng hóa đơn vị báo giá theo quy định của Pháp luật.  Căn cứ danh mục hàng hoá đề nghị báo giá của Quý Cơ quan, Chúng tôi báo giá đơn giá hàng hoá như sau:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | STT | **Tên thuốc** | **Tên hoạt chất/ Tên thành phần thuốc** | **Nồng độ, hàm lượng** | **Đường dùng** | **Dạng bào chế** | **Nhóm thuốc** | **Đơn vị tính** | **Giá kê khai** | **GĐKLH hoặc GPNK** | **Đơn giá có VAT** | | 1 |  | Alimemazin | 5mg | Uống |  | Nhóm 4 | Viên |  |  |  | | 2 |  | Cinnarizin | 25mg | Uống |  | Nhóm 4 | Viên |  |  |  | | 3 |  | Clopidogrel | 75mg | Uống |  | Nhóm 4 | Viên |  |  |  | | 4 |  | Domperidon | 10mg | Uống |  | Nhóm 4 | Viên |  |  |  | | 5 |  | Acetylcystein | 100mg | Uống |  | Nhóm 4 | Gói |  |  |  | | 6 |  | Amlodipin | 5mg | Uống |  | Nhóm 3 | Viên |  |  |  | | 7 |  | Natri Clorid | 0,9%/1000ml | Dùng ngoài |  | Nhóm 4 | Chai |  |  |  | | 8 |  | Nước oxy già | 3%/60ml | Dùng ngoài |  | Nhóm 4 | Chai |  |  |  | | 9 |  | Povidon iod | 10% (Chai 90ml) | Dùng ngoài |  | Nhóm 4 | Chai |  |  |  | |
|  |