

**Kính gửi: Các nhà cung cấp dịch vụ tại Việt Nam.**

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo xây dựng giá gói thầu. Để có cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu cho các gói thầu Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh đang có nhu cầu với nội dung cụ thể như sau:

**I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá:**

**1. Đơn vị yêu cầu báo giá:**

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh, địa chỉ: Phố Hải Phúc, phường Hồng Hải, Tp Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh.

Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Ds. Đào Hồng Quang – Thư ký tổ CGXDKH&LCNT. Số điện thoại: 0972.176.288. Email tiếp nhận báo giá: [dauthau.quangninhcdc@gmail.com](mailto:dauthau.quangninhcdc@gmail.com).

**2. Cách thức tiếp nhận báo giá:**

- Nhận trực tiếp: Văn bản giấy được ký, đóng dấu hợp pháp gửi qua đường công văn về Tổ CGXDKH&LCNT Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh, địa chỉ: Phố Hải Phúc, phường Hồng Hải, Tp. Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh.

- Nhận qua email: 01 bản scan và 01 bản excel gửi về email [dauthau.quangninhcdc@gmail.com](mailto:dauthau.quangninhcdc@gmail.com).

**3. Thời gian tiếp nhận báo giá:**

- Từ 09h00 ngày 31/7/2024 đến trước 09h00 phút ngày 10/08/2024.

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

- Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày 10/08/2024

**II. Nội dung yêu cầu báo giá:**

**1. Danh mục vật tư, hóa chất, sinh phẩm....(Chi tiết danh mục và số lượng theo phụ lục đính kèm).**

**2. Địa điểm cung cấp:** Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh, địa chỉ: Phố Hải Phúc, phường Hồng Hải, TP Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh.

**3. Thời gian giao hàng dự kiến:**

Đề nghị Quý nhà thầu quan tâm, ghi cụ thể thời gian cung cấp dịch vụ sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu tối đa bao nhiêu ngày.

#### **4. Dự kiến về các điều khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng:**

- Tạm ứng: Không áp dụng.

- Thanh toán: Bên mua thanh toán một lần 100% hoặc theo từng đợt gọi hàng giá trị thực hiện hợp đồng cho bên bán sau khi hai bên ký kết biên bản nghiệm thu thanh lý hợp đồng.

- Các thông tin khác (nếu có).

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh rất mong nhận được phản hồi thông tin từ quý công ty.

Trân trọng cảm ơn./.

**GIÁM ĐỐC**

#### ***Nơi nhận:***

- Như trên;
- Sở Y tế Quảng Ninh (để đăng tải);
- Phòng TCHC (để đăng tải);
- Lưu: VT, Tổ CGXDKH&LCNT

**Vũ Quyết Thắng**

**PHỤ LỤC 1: Hàng Hoá thông thường**

(Kèm theo công văn số: 1464/TTKSBT-TCGXDKH&LCNT ngày 31/07/2024 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh)

<b>Số TT</b>	<b>Tên hàng hóa, dịch vụ</b>	<b>Đơn vị tính</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Trọng lượng dự kiến (Kg)</b>	<b>Ghi chú</b>
1	Bộ lấy mẫu chứa môi trường vận chuyển virus gồm que ty hầu và hầu họng	Bộ	96	1	
2	Kính nhựa bảo hộ	Cái	6.000	320	
3	Bộ trang phục phòng chống dịch (Trắng - 3 món: mũ, áo, quần liền thân )	Bộ	18.628	5.968	
4	Môi trường vận chuyển và que lấy mẫu	Bộ	33.000	627	
5	Đầu côn 100-1000ul	Cái	10.092	24	
6	Môi trường vận chuyển và que lấy mẫu	Bộ	166.700	2.087,5	
7	Khẩu trang y tế	Cái	1.525.900	7.930	
8	Bao giày	Đôi	19.485	210	
9	Que tăm bông lấy dịch ty hầu (Que mềm Trung Quốc)	Que	164	0,5	

## PHỤ LỤC

(Kèm theo công văn số: 1464 /TTKSBT- TCGXHKH&LCNT ngày 31/07/2024 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh)

### Mẫu báo giá

#### 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	Tên hàng hóa, dịch vụ	Số lượng/ khối lượng	Đơn vị tính	Trọng lượng dự kiến(kg)	Đơn giá (VND)	Chi phí cho các dịch vụ liên quan (VND)	Thuế, phí, lệ phí (nếu có) (VND)	Thành tiền (VND)
1	....							
2	.....							
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))