

Số: 30 /BVĐKKVVX-KD
V/v đề nghị mời quan tâm
báo giá thuốc

Vị Xuyên, ngày 13 tháng 8 năm 2025

Kính gửi: Các nhà sản xuất, kinh doanh thuốc.

Bệnh viện Đa khoa khu vực Vị Xuyên tỉnh Tuyên Quang có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, xây dựng giá gói thầu, làm cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu cho gói thầu Mua sắm thuốc cho Bệnh viện Đa khoa khu vực Vị Xuyên tỉnh Tuyên Quang với 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 Vị Xuyên tỉnh Tuyên Quang. Địa chỉ: Tổ 10, xã Vị Xuyên, tỉnh Tuyên Quang.

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

Họ tên: Trần Tuấn Anh – Trưởng khoa Dược - VTTBYT

Email: khoaduoc.bvbx@gmail.com

Điện thoại: 0888.666.323

3. Cách thức tiếp nhận báo giá theo một trong các cách thức sau:

- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Khoa Dược – VTTBYT Bệnh viện Đa khoa khu vực Vị Xuyên tỉnh Tuyên Quang. Địa chỉ: Tổ 10, xã Vị Xuyên, tỉnh Tuyên Quang. Điện thoại: 0888.666.323

- Nhận qua email: khoaduoc.bvbx@gmail.com

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 08h ngày 13 tháng 8 năm 2025 đến trước 08h ngày 24 tháng 08 năm 2025.

Các báo giá nhận được 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 báo giá

II. Nội dung yêu cầu báo giá (Theo phụ lục đính kèm)

Báo giá bằng văn bản, có chữ ký, họ tên, chức danh của người đại diện và đóng dấu đơn vị (Theo mẫu gửi kèm).

Bệnh viện Đa khoa khu vực Vị Xuyên tỉnh Tuyên Quang rất mong các đơn vị quan tâm./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Đăng Website bệnh viện;
- Lưu: VT, KD.



GIÁM ĐỐC

Tạ Tiến Mạnh



(Kèm theo Công văn số 30/BVĐKKV-KS ngày 13 tháng 8 năm 2025)

STT	Danh mục hàng hóa	Hàm lượng	Đường dùng	Đơn vị tính	Khối lượng	Địa điểm thực hiện	Dự kiến ngày hoàn
1	Digoxin	0,25mg	Uống	Viên	3.000	Bệnh viện Đa khoa khu vực Vị Xuyên tỉnh Tuyên Quang	Trong vòng 30 ngày kể từ ngày được lựa chọn cung cấp hàng hóa
2	Atorvastatin	10mg	Uống	Viên	10.000		
3	Clopidogrel	75mg	Uống	Viên	3.000		
4	Piracetam	800 mg	Uống	Viên	10.000		
5	Morphin sulfat	30mg	Uống	Viên	504		
6	Povidon iod	10%/ 150ml	Dùng ngoài	Lọ	250		
Tổng cộng: 06 khoản							



Công ty:.....
Địa chỉ:
Điện thoại:.....
Email:.....
Mã số thuế:.....
Số tài khoản tại ngân hàng

BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện Đa khoa khu vực Vị Xuyên tỉnh Tuyên Quang

Công ty.... xin gửi tới Bệnh viện bản báo giá các thuốc sau:

STT	SST TT37	Tên hoạt chất	Tên thuốc theo giấy phép lưu hành	Nồng độ, hàm lượng	Số đăng ký lưu hành/ GPNK	Phân nhóm	Quy cách đóng gói	Hãng sản xuất/ Nước sản xuất	Đơn vị tính	Đơn giá (đã bao gồm VAT)	Số lượng	Thành tiền
		Tổng số: Mặt hàng										
		Số tiền bằng chữ										

- Báo giá này có hiệu lực trong vòng 90 ngày kể từ ngày ký.
- Dự kiến ngày hoàn thành hàng hóa:/.

....., ngày tháng năm 2025
ĐẠI DIỆN CÔNG TY
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)