

An Giang, ngày 16 tháng 04 năm 2024

Số: 374 /BVAG-VTTBYT

YÊU CẦU BÁO GIÁ

Kính gửi: Các hãng sản xuất, nhà cung cấp tại Việt Nam

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang 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: Cung cấp hoá chất xét nghiệm cấp thiết năm 2024 với nội dung cụ thể như sau:

I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá

- Đơn vị yêu cầu báo giá: **Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.**
- Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:

STT	Họ và tên	Chức Vụ	Số Điện Thoại	Địa chỉ email gửi báo giá
1	Nguyễn Quang Trình	Trưởng Phòng VTTBYT	0918.665.503	phongvttbyt.bvdkag@gmail.com
2	Ngô Thị Kiều Dung	Phó Phòng VTTBYT	0984.333.140	
3	Nguyễn Hữu Lộc		0916.379.911	

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

- Nhận trực tiếp tại: **Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang**, địa chỉ: số 60 đường Ung văn Khiêm, Phường Mỹ Phước, TP Long Xuyên, Tỉnh An Giang.

- Nhận qua email: phongvttbyt.bvdkag@gmail.com. Báo giá gửi qua mail được chấp nhận phải có người đại diện theo pháp luật hoặc người được người đại diện theo pháp luật ủy quyền phải ký tên, đóng dấu (nếu có). Trường hợp ủy quyền, phải gửi kèm theo giấy ủy quyền ký báo giá. Trường hợp liên danh tham gia báo giá, đại diện hợp pháp của tất cả các thành viên liên danh phải ký tên, đóng dấu (nếu có) vào báo giá.

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 15h ngày 16 tháng 04 năm 2024 đến trước 17h ngày 26 tháng 04 năm 2024

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 120 ngày, kể từ ngày 26 tháng 04 năm 2024.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục thiết bị y tế/ linh kiện, phụ kiện, vật tư thay thế sử dụng cho trang thiết bị y tế (gọi chung là thiết bị).

STT	Danh mục thiết bị y tế	Mô tả yêu cầu về tính năng, thông số kỹ thuật và các thông tin liên quan về kỹ thuật	Số lượng/khối lượng	Đơn vị tính
1	Thuốc thử xét nghiệm Ure	- Xét nghiệm in vitro dùng để định lượng urea/urea nitrogen trong huyết thanh, huyết tương và nước tiểu người - Phương pháp xét nghiệm: Xét nghiệm động học theo phương pháp đo quang - Thời gian xét nghiệm (phút): ≥ 10 phút - Đạt tiêu chuẩn: ISO, CE - Tương thích với máy sinh hoá Cobas C311, Cobas C501/ C502	34	Hộp
2	Vật liệu kiểm soát xét nghiệm kháng thể kháng HCV	- PreciControl Anti-HCV được dùng để kiểm tra chất lượng xét nghiệm miễn dịch Anti-HCV II trên máy xét nghiệm miễn dịch. - Đạt tiêu chuẩn: ISO, CE - Tương thích với máy miễn dịch Cobas E411, Cobas E601, Cobas E602, Cobas E801	1	Hộp
3	Thuốc thử cho xét nghiệm ALT (GPT)	- Xét nghiệm in vitro dùng để định lượng alanine aminotransferase (ALT) trong huyết thanh và huyết tương người. - Phương pháp xét nghiệm: Phương pháp đo độ hấp thụ ở bước sóng 340nm không có hoạt hóa pyridoxal phosphate - Thời gian xét nghiệm (phút): ≥ 10 phút - Đạt tiêu chuẩn: ISO, CE - Tương thích với máy xét nghiệm Cobas C311, Cobas C501/502	10	Hộp
4	Thuốc thử cho xét nghiệm AST (GOT)	- Xét nghiệm in vitro dùng để định lượng aspartate aminotransferase (AST) trong huyết thanh và huyết tương người trên các hệ thống cobas c. - Phương pháp xét nghiệm: Xét nghiệm đo độ hấp thụ bước sóng 340nm không có hoạt hóa pyridoxal phosphatetia UV - Thời gian xét nghiệm (phút): ≥ 10 phút - Đạt tiêu chuẩn: ISO, CE - Tương thích với máy sinh hoá Cobas C311, Cobas C501/ C502	5	Hộp
5	Chất nội kiểm xét nghiệm kháng nguyên và kháng thể kháng HIV	- PreciControl HIV Gen II được dùng để kiểm tra chất lượng các xét nghiệm miễn dịch Elecsys HIV combi PT, Elecsys HIV Duo và Elecsys HIV Ag. - Đạt tiêu chuẩn: ISO, CE - Tương thích với máy miễn dịch Cobas E411, E601, E602, E402, E801	3	Hộp

6	Thuốc thử xét nghiệm Creatinin	- Xét nghiệm in vitro dùng để định lượng creatinine trong huyết thanh, huyết tương và nước tiểu. -Phương pháp xét nghiệm: Xét nghiệm đo màu động học phương pháp Jaffé -Thời gian xét nghiệm (phút): ≥ 10 phút - Đạt tiêu chuẩn: ISO, CE - Tương thích với máy sinh hoá Cobas C311, Cobas C501/ C502	5	Hộp
7	Thuốc thử xét nghiệm GGT	- Xét nghiệm in vitro dùng để định lượng γ-glutamyltransferase (GGT) trong huyết thanh và huyết tương người. -Phương pháp xét nghiệm: Phương pháp đo màu dùng men. -Thời gian xét nghiệm (phút): ≥ 10 phút - Đạt tiêu chuẩn: ISO, CE - Tương thích với máy sinh hoá Cobas C311, Cobas C501/ C502	5	Hộp
8	Thuốc thử xét nghiệm Cholesterol	- Xét nghiệm in vitro dùng để định lượng cholesterol trong huyết thanh và huyết tương người. -Phương pháp xét nghiệm: Phương pháp đo màu dùng men. -Thời gian xét nghiệm (phút): ≥ 10 phút - Đạt tiêu chuẩn: ISO, CE - Tương thích với máy sinh hoá Cobas C311, Cobas C501/ C502	5	Hộp

2. Địa điểm cung cấp, lắp đặt; các yêu cầu về vận chuyển, cung cấp, lắp đặt, bảo quản thiết bị y tế: Lầu 1, Phòng vật tư thiết bị y tế của Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Địa chỉ: số 60, Ung văn Khiêm, Phường Mỹ Phước, TP Long Xuyên, Tỉnh An Giang.

3. Thời gian giao hàng dự kiến: Giao hàng trong vòng 72 giờ kể từ lúc nhận được đơn dự trù của Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

4. Dự kiến về các điều khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng: Thanh toán trong vòng 90 ngày từ khi nhận được hoá đơn và đầy đủ chứng từ kèm theo.

5. Các thông tin khác: Báo giá theo mẫu của Bệnh viện (Theo mẫu báo giá đính kèm).

GIÁM ĐỐC

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu: VTTBYT, VT.



Nguyễn Duy Tân

Phụ lục: Mẫu báo giá

BÁO GIÁ⁽¹⁾

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 ⁽¹⁾	Danh mục thiết bị y tế ⁽²⁾	Ký, mã, nhãn hiệu, model, hãng sản xuất ⁽³⁾	Năm sản xuất ⁽⁴⁾	Xuất xứ ⁽⁵⁾	Số lượng/ khối lượng ⁽⁶⁾	Đơn giá ⁽⁷⁾ (đã bao gồm thuế phí) (VNĐ)	Thành tiền ⁽⁸⁾ (VNĐ) (Thành Tiền = (6)x(7))	ĐVT	Qui cách đóng gói	Tiêu chuẩn và yêu cầu kỹ thuật (Theo báo giá của công ty)	Ghi chú
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]

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

(Ký tên, đóng dấu (nếu có))

