

Số: /TB-BVĐKKVBM
V/v Thông báo mời báo giá
kiểm định, đo lường trang thiết bị y tế.

Bắc Mê, ngày 24 tháng 09 năm 2025

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

Bệnh viện đa khu vực Bắc Mê đang có nhu cầu kiểm định an toàn tính năng kỹ thuật trang thiết bị y tế theo thông tư 05/2022/TT-BYT hướng dẫn Nghị định 98/2021/NĐ-CP quản lý thiết bị y tế, 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 khu vực Bắc Mê tỉnh Tuyên Quang
- Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:
- Lã Thị Linh; Khoa Dược – VT TBYT. Số điện thoại : 0838.574.883
- Cách thức tiếp nhận báo giá:

Đơn vị nhận báo giá theo một trong các cách thức sau:

- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Bệnh viện đa khoa khu vực Bắc Mê tỉnh Tuyên Quang. Địa chỉ. Thôn Yên Phú 1, xã Bắc Mê, tỉnh Tuyên Quang.
- Nhận qua email: linhlathi@gmail.com

- Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 14h ngày 24 tháng 09 năm 2025 đến trước 17h ngày 03 tháng 10 năm 2025 .

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 24 tháng 09 năm 2025.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

- Danh mục dịch vụ kiểm định, đo lường trang thiết bị y tế.
(Theo phụ lục I đính kèm).

Rất mong sự hợp tác của Quý đơn vị!

Bệnh viện đa khoa khu vực Bắc Mê tỉnh Tuyên Quang trân trọng thông báo./.

Nơi nhận:

- Ban giám đốc BV;
- Trang TTĐT BVĐKKVBM;
- Các nhà cung cấp dịch vụ;
- Lưu: Hồ sơ mời thầu KT, KD, VT.

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Ngọc Chung

PHỤ LỤC YÊU CẦU BÁO GIÁ

(Kèm theo Thông báo số /TB – BVĐKKVBM, ngày 24 tháng 09 năm 2025 của Bệnh viện ĐKKV Bắc Mê)

Danh mục dịch vụ kiểm định, đo lường trang thiết bị y tế.

STT	Danh mục dịch vụ	Mô tả dịch vụ	Khối lượng	Đơn vị tính	Địa điểm thực hiện dịch vụ	Dự kiến ngày hoàn thành dịch vụ
1	Huyết áp kế	Đo lường (đo áp suất)	20	Cái	Bệnh viện ĐKKV Bắc Mê tỉnh Tuyên Quang	Quý IV/2025
2	Áp kế (Đồng hồ Oxy)	Đo lường (đo dung tích, lưu lượng)	20	Cái	Bệnh viện ĐKKV Bắc Mê tỉnh Tuyên Quang	Quý IV/2025
3	Máy điện tim	Đo lường	02	Cái	Bệnh viện ĐKKV Bắc Mê tỉnh Tuyên Quang	Quý IV/2025
4	Máy thở	Kiểm định về an toàn và tính năng kỹ thuật	01	Cái	Bệnh viện ĐKKV Bắc Mê tỉnh Tuyên Quang	Quý IV/2025
5	Máy phá rung tim	Kiểm định về an toàn và tính năng kỹ thuật	01	Cái	Bệnh viện ĐKKV Bắc Mê tỉnh Tuyên Quang	Quý IV/2025
6	Máy gây mê kèm thở	Kiểm định về an toàn và tính năng kỹ thuật	01	Cái	Bệnh viện ĐKKV Bắc Mê tỉnh Tuyên Quang	Quý IV/2025
7	Dao mổ điện cao tần	Kiểm định về an toàn và tính năng kỹ thuật	01	Cái	Bệnh viện ĐKKV Bắc Mê tỉnh Tuyên Quang	Quý IV/2025
Tổng số: 07 khoản						

Tên công ty:.....

Địa chỉ:

Điện thoại.....Mã số thuế.....

Số tài khoản.....tại ngân hàng.....

Phụ Lục II

BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện đa khoa khu vực Bắc Mê tỉnh Tuyên Quang.

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 nhà cung cấp; trường hợp nhiều 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 cung cấp dịch vụ kiểm định, đo lường trang thiết bị y tế như sau:

1. Báo giá cho cung cấp dịch vụ kiểm định, đo lường trang thiết bị y tế.

STT	Danh mục dịch vụ	Mô tả dịch vụ	Khối lượng mời thầu	Đơn vị tính	Đơn giá	Thành tiền
1						
2						
...						
	Tổng số:					

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 ngàytháng...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 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 nhà cung cấp⁽¹²⁾

(Ký tên, đóng dấu (nếu có))