

Số: /YTĐT-DTTB

Đăk Tô, ngày tháng 7 năm 2024

V/v mời báo giá thuốc hóa dược
đợt 2 năm 2024

Kính gửi: Các Công ty kinh doanh Dược phẩm.

Căn cứ Nghị định số 24/2024/NĐ-CP ngày 27/2/2024 của Chính phủ Quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành luật đấu thầu về lựa chọn nhà thầu; Thông tư số 07/2024/TT-BYT ngày 07/5/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập. Trung tâm Y tế huyện Đăk Tô có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo xây dựng giá gói thầu thuốc hóa dược, làm cơ sở xây dựng giá kế hoạch phục vụ công tác đấu thầu tại đơn vị năm 2024, cụ thể như sau:

1. Danh mục đề nghị báo giá

- Danh mục, nội dung yêu cầu: Theo phụ lục gửi kèm.
- Yêu cầu hàng hóa báo giá: Giá bao gồm thuế, chi phí vận chuyển, chi phí khác (nếu có), mới 100%

2. Địa chỉ và hình thức nhận báo giá

- Địa chỉ nhận báo giá: Trung tâm Y tế huyện Đăk Tô (Khối 9, thị trấn Đăk Tô, huyện Đăk Tô, tỉnh Kon Tum; điện thoại liên lạc 02603 831 217).
- Hình thức nhận báo giá: Các Công ty kinh doanh Dược phẩm trong và ngoài tỉnh gửi báo giá bằng các hình thức: (1) gửi trực tiếp đến phòng Tổ chức - Hành chính - Tài chính - Kế toán hoặc văn thư; (2) đường bưu điện; (3) fax; (4) qua e-mail: thungan.bltn@gmail.com.

3. Thời gian nhận báo giá: Trước 11h00 ngày 16/07/2024.

Trung tâm Y tế huyện Đăk Tô kính mong nhận được sự phối hợp của các Công ty kinh doanh Dược phẩm trong và ngoài tỉnh./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lãnh đạo TTYT;
- Phòng KHNH-DD-KSNK
(để đăng trên Website của đơn vị);
- Lưu: VT, TCHC-TCKT, Dược.

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

A Nhôm

Đơn vị:

Địa chỉ:

Số điện thoại/fax:

BẢNG BÁO GIÁ

(Kèm theo Công văn số:/YTĐT-DTTB ngày /7/2024 của Trung tâm Y tế huyện Đắk Tô, tỉnh Kon Tum)

Kính gửi: Trung tâm Y tế huyện Đắk Tô, tỉnh Kon Tum.

Căn cứ Công văn số:/YTĐT-DTTB ngày 0 /7/2024 của Trung tâm Y tế huyện Đắk Tô, tỉnh Kon Tum về việc mời báo giá thuốc hóa dược năm 2024 tại Trung tâm Y tế huyện Đắk Tô (được đăng tải trên Website của Trung tâm Y tế huyện Đắk Tô, tỉnh Kon Tum). Cơ sở chúng tôi xin trân trọng báo giá để quý đơn vị tham khảo, như sau:

TT	Tên hoạt chất	Nồng độ, hàm lượng	Nhóm thuốc	Đường dùng	Dạng bào chế	Đơn vị	Số lượng	Đơn giá (VAT)	Thành tiền
1	Morphin hydroclorid	10mg/1ml	Nhóm 4	Tiêm	Dung dịch tiêm	Ống	60		

Số tiền bằng chữ:

Ghi chú: - Giá trên đã bao gồm các loại thuế và chi phí vận chuyển.

- Hiệu lực của báo giá: 30 ngày./.

....., ngày... tháng.... năm

ĐẠI DIỆN ĐƠN VỊ CUNG CẤP GIÁ

(Ký, họ tên và đóng dấu)