

Số:
V/v mời báo giá thuốc Dextran 40.

Đồng Nai, ngày tháng năm

Kính gửi: Quý công ty

Trước hết Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của các đơn vị, nhà cung cấp với Bệnh viện trong suốt thời gian qua.

Hiện nay, bệnh sốt xuất huyết diễn tiến phức tạp, Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai có nhu cầu mua thuốc Dextran 40 để đảm bảo công tác cấp cứu, điều trị sốc sốt xuất huyết. Vì vậy, Bệnh viện kính mời các đơn vị có năng lực, kinh nghiệm cung ứng thực hiện tham gia gửi báo giá, hồ sơ sản phẩm và kết quả trúng thầu rộng rãi (nếu có) về Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai (*Chi tiết theo danh mục đính kèm*).

1. Nội dung báo giá: Tên hoạt chất; tên thuốc; nồng độ hàm lượng; dạng bào chế; đường dùng; quy cách đóng gói; nhà sản xuất; nước sản xuất; số đăng ký; đơn vị tính; số lượng; đơn giá (đã bao gồm thuế, chi phí vận chuyển, bốc xếp, giao hàng,... đến Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai: Quốc lộ 1A, phường Tam Hiệp, tỉnh Đồng Nai).

2. Thời gian: Từ ngày ra thông báo đến hết ngày 22/12/2025.

3. Báo giá và các hồ sơ liên quan gửi trực tiếp hoặc qua đường công văn, bưu điện, bản mềm gửi về địa chỉ email: khoaduocnhidongnai@gmail.com.

4. Địa điểm: Khoa Dược - Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai. Địa chỉ: Quốc lộ 1A, phường Tam Hiệp, tỉnh Đồng Nai (Ms.Tâm, SĐT 0933.027.960).

Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của Quý công ty./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu: VT, K.Dược.

GIÁM ĐỐC

LÊ ANH PHONG

TÊN CÔNG TY

Địa chỉ:...

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢNG BÁO GIÁ

Kính gửi: BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG ĐỒNG NAI

Công ty..... xin trân trọng báo giá một số sản phẩm mà chúng tôi phân phối, cụ thể như sau:

S T T	Nhóm TCKT	Tên hoạt chất	Tên thương mại	Đường dùng	Nồng độ - Hàm lượng	Dạng bào chế	Quy cách	ĐVT	Số lượng	Đơn giá (VAT)	Thành tiền (đồng)	Số đăng ký hoặc số GPNK	Cơ sở SX	Nước SX	Ghi chú
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15</i>	<i>16</i>
1		Dextran 40 +/- Natri clorid		Tiêm truyền	(10g + 0,9g)/100ml ; 500ml	Thuốc tiêm truyền		Chai/ Lọ/ Túi	150						

Tổng:.....khoản.

Báo giá có hiệu lực từ ngày.....

....., ngày.....tháng.....năm 2025

ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CỦA CÔNG TY

(Ký tên, đóng dấu)

Ghi chú: Nhà thầu gửi 01 bản cứng và 01 bản mềm cho Bệnh viện

1.1. Bản mềm gửi về địa chỉ email: khoaduocnhidongnai@gmail.com kèm tài liệu thông tin trúng thầu (hồ sơ sản phẩm và kết quả trúng thầu rộng rãi (nếu có)).

1.2 Bản cứng gửi về địa chỉ: Khoa Dược - BV Nhi đồng Đồng Nai; Địa chỉ: Quốc lộ 1A, phường Tam Hiệp, tỉnh Đồng Nai.