

Số:

Đồng Nai, ngày tháng năm 2026

YÊU CẦU BÁO GIÁ

Kính gửi : Các đơn vị cung cấp tại Việt Nam

Bệnh viện Nhi Đồng Đồng Nai có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, làm cơ sở tổ chức mua sắm Máy hút dịch áp lực âm 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 Nhi Đồng Đồng Nai – Quốc lộ 1A, Phường Tam Hiệp, Đồng Nai.

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

- Ông : Nguyễn Văn Thành
- Chức vụ: Phụ trách phòng Quản lý Chất lượng
- Số điện thoại : 0765 112 543

2. Cách thức tiếp nhận báo giá:

+ Bản cứng Nhận trực tiếp hoặc bưu điện.

Địa chỉ: Phòng Quản lý Chất lượng - Quốc lộ 1A, Phường Tam Hiệp, Đồng Nai.

+ File mềm gửi qua Gmail: phongqlcl.bvnhi@gmail.com

3. Thời gian tiếp nhận báo giá

- Từ 08 giờ 00 ngày 05 tháng 08 năm 2026 đến trước 16h00 ngày 15 tháng 08 năm 2026.
- Các báo giá nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.

4. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày kể từ ngày 15 tháng 08 năm 2026.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

Kính mời Quý Công ty quan tâm và có khả năng cung cấp các mặt hàng phù hợp vui lòng báo giá hàng hóa với nội dung như sau:

STT	Danh mục dịch vụ	Yêu cầu kỹ thuật cơ bản	Khối lượng	Đơn vị tính
1	Máy hút dịch áp lực âm	* Thiết bị sử dụng áp lực âm để hỗ trợ điều trị vết thương. * Có chế độ hút liên tục và/hoặc hút ngắt quãng. * Dải áp lực cài đặt đáp ứng điều trị lâm sàng (ví dụ từ khoảng -50 đến -200 mmHg hoặc dải tương đương). * Áp lực có thể điều chỉnh theo chỉ định điều trị. * Có màn hình hiển thị và các phím điều khiển. * Có các cảnh báo: bình chứa đầy, rò rỉ, tắc nghẽn, pin yếu, lỗi hệ thống... * Hoạt động bằng nguồn điện AC và có pin sạc tích hợp để sử dụng khi di chuyển. * Có bình chứa dịch và bộ dây dẫn. * Kèm bộ vật tư tiêu hao phù hợp để sử dụng ngay sau khi lắp đặt. * Thiết bị và vật tư tiêu hao tương thích theo khuyến cáo của nhà sản xuất. * Đáp ứng các tiêu chuẩn chất lượng và an toàn y tế hiện hành (ví dụ ISO 13485, IEC 60601 hoặc tương đương).	1	Cái

- Yêu cầu: Báo giá theo file mẫu đính kèm.
 - Cung cấp giấy ủy quyền của hãng (nếu có)
 - Cung cấp giá kê khai, giá niêm yết (nếu có)
 - Cung cấp kết quả lựa chọn nhà thầu, hợp đồng đã thực hiện hàng hóa tương tự gần nhất (nếu có)
- Trân trọng ./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Website bệnh viện;
- Lưu VT, P.QLCL, P.TBYT.

GIÁM ĐỐC

Lê Anh Phong

CÔNG TY:

ĐỊA CHỈ: SỐ ĐIỆN THOẠI:

BẢNG BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai

Địa chỉ: Quốc lộ 1A, phường Tam Hiệp, thành phố Đồng Nai

Theo thư mời số..... ngày.../.../2026 về việc Công ty chúng tôi báo giá các mặt hàng theo nhu cầu mua sắm của Bệnh viện như sau:

STT	Tên hàng hóa	Chi tiết kỹ thuật	Phân nhóm (nếu có)	Chủng loại/ Mã hàng	Hãng sản xuất	Nước sản xuất	Năm sản xuất	SĐK/ GPNK/ PCB	Số lượng (có khả năng cung ứng)	ĐVT	Đơn giá (có VAT)	Thành tiền (có VAT)	Ghi chú
													Số quyết định trúng thầu và hợp đồng tương tự bằng hình thức đấu thầu rộng rãi, mã IB mời thầu

Đơn giá chào bằng Đồng Việt Nam, giá trên đã bao gồm chi phí vận chuyển, lắp đặt thiết bị và hướng dẫn sử dụng.

Hàng hóa mới 100%, đảm bảo đúng quy cách, chủng loại và các tiêu chuẩn kỹ thuật.

Phương thức thanh toán:

Thời gian giao hàng :.....

Thời gian bảo hành:

Địa điểm giao hàng: Tại Bệnh viện Nhi đồng Đồng Nai.

Báo giá này có hiệu lực ngày kể từ ngày/.../2026.

[Tên Công ty] cam kết đảm bảo khả năng cung cấp linh kiện, phụ tùng thay thế chính hãng và dịch vụ kỹ thuật cho thiết bị trong thời gian ít nhất 5 – 7 năm kể từ khi hết hạn bảo hành.

[Tên Công ty] cam kết đơn giá hàng hóa cung cấp trong báo giá này là giá cạnh tranh nhất tại thời điểm báo giá. Chúng tôi đảm bảo đơn giá này không cao hơn giá trúng thầu hoặc giá bán cho các đơn vị khác tại cùng một thời điểm và điều kiện cung ứng tương ứng. Chúng tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác và trung thực của thông tin này

Ngày ... tháng năm
ĐẠI DIỆN CÔNG TY THEO PHÁP LUẬT
(Ký tên và đóng dấu)