

YÊU CẦU BÁO GIÁ

Kính gửi: Quý Công ty

Bệnh viện Chuyên khoa Da liễu – Tâm thần Ninh Thuận 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 Mua sắm thuốc Generic không trùng thầu tập trung cấp địa phương và thuốc Generic cần thiết của Bệnh viện Chuyên khoa Da liễu – Tâm thần năm 2025 với nội dung cụ thể như sau:

I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá:

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện Chuyên khoa Da liễu – Tâm thần Ninh Thuận, số 30 Phạm Ngũ Lão, phường Phước Mỹ, Thành phố Phan Rang Tháp chàm, tỉnh Ninh Thuận.

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

- DS. Nguyễn Ngọc Cẩn, nhân viên Khoa Cận lâm sàng - Dược

- Số điện thoại: 0973.285.961

- Địa chỉ: Bệnh viện Chuyên khoa Da liễu – Tâm thần Ninh Thuận, số 30 Phạm Ngũ Lão, phường Phước Mỹ, Thành phố Phan Rang Tháp chàm, tỉnh Ninh Thuận.

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Bệnh viện Chuyên khoa Da liễu – Tâm thần Ninh Thuận, số 30 Phạm Ngũ Lão, phường Phước Mỹ, Thành phố Phan Rang Tháp chàm, tỉnh Ninh Thuận.

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá:

- Từ ngày 7h00 ngày 21/3/2025 đến 17h00 giờ ngày 11/4/2025

- Các báo giá nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không xem xét.

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: tối thiểu 180 ngày kể từ ngày 11/4/2025.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục báo giá:

Danh mục Mua sắm thuốc Generic không trùng thầu tập trung cấp địa phương và thuốc Generic cần thiết của Bệnh viện Chuyên khoa Da liễu – Tâm thần năm 2025.

STT	Tên hoạt chất	Nhóm	Nồng độ - hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Đơn vị tính
1	Amitriptyline Hydrochloride	2	25mg	Uống	Viên	Viên
2	Azithromycin	4	250mg	Uống	Viên	Viên
3	Diazepam	1	10mg/2ml	Tiêm	Thuốc tiêm	Ống
4	Haloperidol	4	2mg	Uống	Viên	Viên
5	Calcipotriol+ Betamethason dipropionat	1	50mcg/g+ 0,643mg/g; 15g	Dùng ngoài	Thuốc dùng ngoài	Tuýp
6	Fusidic acid + betamethason	4	2% + 0.1%; 15g	Dùng ngoài	Thuốc dùng ngoài	Tuýp, ống
7	Piracetam	1	400mg	Uống	Viên	Viên
8	Doxycyclin	1	100mg	Uống	Viên	Viên
9	Methotrexat	1	25mg	Uống	Viên	Viên
10	Acitretin	4	25mg	Uống	Viên	Viên
11	Trihexyphenidyl hydroclorid	2	2mg	Uống	Viên	Viên
12	Metronidazol	4	400mg	Uống	Viên	Viên
13	Metronidazol	4	500mg	Uống	Viên	Viên
14	Griseofulvin	4	500mg	Uống	Viên	Viên

STT	Tên hoạt chất	Nhóm	Nồng độ - hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Đơn vị tính
15	Isotretinoin	4	10mg	Uống	Viên	Viên

2. Nhà cung ứng phải vận chuyển hàng đến giao tại kho của Bệnh viện Chuyên khoa Da liễu – Tâm thần.

3. Thời gian giao hàng dự kiến:

4. Các thông tin khác (nếu có).

5. Ghi chú:

- Quý Công ty có thể tham gia báo giá một hoặc nhiều mặt hàng tại Danh mục yêu cầu báo giá;
- Đơn giá trên bao gồm thuế VAT, chi phí vận chuyển, và các chi phí dịch vụ liên quan khác;
- Hàng hoá phải đảm bảo chất lượng;
- Thư yêu cầu này được đăng tải trên trang thông tin điện tử của Bệnh viện: bvckdalieutamthan.com; Soyt.ninhthuan.gov.vn.
- Ngoài phong bì, Quý công ty ghi rõ thông tin: Tên đơn vị tham gia báo giá và tên thuốc báo giá.

Rất mong nhận được sự hợp tác của Quý Công ty./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu: VT, KCLSD.

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC



Nguyễn Thành An

TÊN CÔNG TY (Tên đầy đủ):
Địa chỉ:
Điện thoại liên hệ:

BẢNG BÁO GIÁ

Kính gửi: **BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA DA LIỄU – TÂM THẦN**
Địa chỉ: Số 30 Phạm Ngũ Lão, phường Phước Mỹ, Thành phố Phan Rang Tháp chàm, tỉnh Ninh Thuận
Theo Yêu cầu báo giá số...../..... ngàytháng ...năm 2025 của Bệnh viện Chuyên khoa Da liễu – Tâm thần, Công ty chúng tôi [ghi tên công ty] báo giá như sau:

STT	Tên hoạt chất (chỉ ghi tên hoạt chất)	Tên thương mại	Nồng độ, hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Quy cách đóng gói	Đơn vị tính	Tên nhà SX	Nước SX	Hạn dùng (tháng)	SĐK hoặc Số GPNK	Đơn giá (có VAT)	KK/KKL mới nhất		Nhóm TCKT
													Giá	Ngày tháng năm	
1															
...															
Tổng cộng															

Báo giá có hiệu lực: *tối thiểu 180 ngày kể từ ngày 08/4/2025.*
Các tài liệu gửi kèm (nếu có)

....., ngày ... tháng năm 2025
GIÁM ĐỐC CÔNG TY
(Ký tên và đóng dấu)

