**CÔNG TY……………………………………………**

**MÃ SỐ THUẾ: ………………………………………**

**ĐỊA CHỈ: ……………………………………………..**

**SỐ ĐIỆN THOẠI: …………………………………...**

**BẢNG BÁO GIÁ**

Kính gửi: Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Địa chỉ: 215 Hồng Bàng, Phường 11, Quận 5, TPHCM

Theo Công văn mời chào giá số ……../BVĐHYD-…. của Bệnh viện, Công ty chúng tôi báo giá như sau:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **DANH MỤC MỜI CHÀO GIÁ** | | **HÀNG HÓA CHÀO GIÁ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TT trong danh mục mời chào giá** | **Tên danh mục mời chào giá** | **Tên thương mại** | **Chủng loại/ Mã hàng** | **Đặc tính kỹ thuật** | **Hãng sản xuất** | **Nước sản xuất** | **Hãng chủ sở hữu** | **Nước chủ sở hữu** | **Số đăng ký lưu hành/**  **Giấy phép nhập khẩu** | **Quy cách đóng gói** | **Đơn vị tính** | **Số lượng có khả năng cung ứng** | **Đơn giá**  **có VAT (VND)** | **Thành tiền**  **có VAT (VND)** | **Mã vật tư y tế theo Quyết định 5086/QĐ-BYT ngày 04/11/2021** | **Mã HS**  **(HS Code)** | **Ghi chú** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Yêu cầu báo giá:

- Báo giá này có hiệu lực …..ngày kể từ ngày báo giá.

- Chúng tôi cam kết về đơn giá chào hàng bằng hoặc thấp hơn giá trên thị trường của cùng nhà cung ứng hoặc cùng chủng loại.

- Các yêu cầu khác: …………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Ngày … tháng …. năm ….  **ĐẠI DIỆN THEO PHÁP LUẬT**  (Ký tên và đóng dấu) |