**CÔNG TY: ……………………………………………**

**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-KD ngày …./.…./2023 của Bệnh viện, Công ty chúng tôi báo giá như sau:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **TT trong danh mục mời chào giá** | **Tên danh mục** | **Tên thương mại** | **Mô tả hàng hóa (Theo Phiếu CBMP/ĐKSP)** | **Số CBMP/Số ĐKSP** | **Hãng/Nước sản xuất** | **Hãng/**  **Nước chủ sở hữu** | **Số lượng (có khả năng cung ứng)** | **Quy cách đóng gói** | **ĐVT** | **Đơn giá**  **có VAT (VND)** | **Thành tiền (VND)** | **Căn cứ mua sắm trúng thầu tại các cơ sở y tế (nếu có)** | | | **Ghi chú** |
| **Tên cơ sở y tế** | **Số, ngày QĐ phê duyệt KHLCNT** | **Đơn giá trúng thầu** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Yêu cầu báo giá:

- Báo giá này có hiệu lực …..([[1]](#footnote-1)) 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) |

1. : khuyến cáo tối thiểu 06 tháng kể từ ngày chào giá. [↑](#footnote-ref-1)