**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-QTTN của Bệnh viện, Công ty chúng tôi báo giá như sau:

1. **Giá dịch vụ truyền hình cáp 12 tháng (từ 01/8/2025-31/7/2026)**

| **TT** | **Danh mục** | **Yêu cầu về cung cấp dịch vụ** | **ĐVT** | **Số lượng** | **Đơn giá (VND) có VAT** | **Thành tiền (VND) có VAT** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Cung cấp dịch vụ truyền hình cáp |  | Tháng | 12 |  |  |
| **Tổng cộng** | | | | | |  |

1. **Giá dịch vụ truyền hình cáp 24 tháng (từ 01/8/2025-31/7/2027)**

| **TT** | **Danh mục** | **Yêu cầu về cung cấp dịch vụ** | **ĐVT** | **Số lượng** | **Đơn giá (VND) có VAT** | **Thành tiền (VND) có VAT** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Cung cấp dịch vụ truyền hình cáp |  | Tháng | 24 |  |  |
| **Tổng cộng** | | | | | |  |

* Yêu cầu dịch vụ: Theo phụ lục thư mời chào giá.
* 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)