

Số: 180/TB-BVMRHM-ĐT

Cần Thơ, ngày 16 tháng 10 năm 2025

YÊU CẦU BÁO GIÁ THUỐC

Kính gửi: Các hãng sản xuất, nhà cung cấp tại Việt Nam

Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt thành phố Cần Thơ có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo giá thuốc phục vụ công tác tổ chức mua sắm thuốc tại bệnh viện 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 Mắt - Răng Hàm Mặt thành phố Cần Thơ.
- Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Khoa Dược – Cận lâm sàng, Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt thành phố Cần Thơ
- Cách thức tiếp nhận báo giá: Quý đơn vị có thể gửi báo giá theo một trong các cách thức sau:

- Nhận qua email: dauthau.bvmatrhmcantho@gmail.com

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 08 giờ 00 phút ngày 17 tháng 10 năm 2025 đến trước 17 giờ 00 phút ngày 27 tháng 10 năm 2025

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: 120 ngày, kể từ ngày 27/10/2025

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

- Danh mục thuốc yêu cầu báo giá: *Phụ lục 1 đính kèm*
- Địa điểm cung cấp: Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt thành phố Cần Thơ. Địa chỉ: số 39 đường Nguyễn Trãi, phường Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ.
- Các thông tin khác: Quý công ty gửi kèm bản báo giá các tài liệu sau đây

Giấy chứng nhận đủ điều kiện phân phối thuốc; Hồ sơ sản phẩm (Giấy chứng nhận đăng ký lưu hành, hồ sơ tiêu chuẩn áp dụng của sản phẩm, phân nhóm tiêu chuẩn kỹ thuật, hồ sơ của nhà sản xuất).

Nơi nhận:

- Như kính gửi;
- Đăng trang web BV;
- Đăng muasamcong.mpi.gov.vn
- Lưu: ĐT, KD.



Hoàng Quang Bình



PHỤ LỤC 1
DANH MỤC YÊU CẦU BÁO GIÁ

(Đính kèm yêu cầu báo giá số: 180/TB-BVMRHM-ĐT ngày 16/10/2025)

TT	Tên hoạt chất	Nhóm TCKT	Nồng độ, hàm lượng	Đường dùng, dạng bào chế	Đơn vị tính	Số lượng dự kiến
1	Fluorometholon	Nhóm 5	5mg/5ml	Nhỏ mắt	Lọ	500
2	Ketotifen (dưới dạng Ketotifen fumarat)	Nhóm 5	0.25mg/ml; 5ml	Nhỏ mắt	Lọ	240

PHỤ LỤC 2
MẪU BÁO GIÁ

TÊN ĐƠN VỊ BÁO GIÁ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

[Ghi địa danh], ngày tháng năm

BÁO GIÁ⁽¹⁾

Kính gửi: ... [ghi rõ tên của Chủ đầu tư yêu cầu báo giá]

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của.... [ghi rõ tên của Chủ đầu tư yêu cầu báo giá], chúng tôi [ghi tên, địa chỉ của hãng sản xuất, nhà cung cấp; trường hợp nhiều hãng sản xuất, nhà cung cấp cùng tham gia trong một báo giá (gọi chung là liên danh) thì ghi rõ tên, địa chỉ của các thành viên liên danh] báo giá cho các thuốc như sau:

1. Báo giá cho các thuốc và dịch vụ liên quan

TT	Tên hoạt chất	Nhóm TCKT	Nồng độ, hàm lượng	Đường dùng, dạng bào chế	Hãng sản xuất	Nước sản xuất	Đơn vị tính	Số lượng dự kiến	Báo giá
1									
2									

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: 120 ngày, kể từ ngày 27 tháng 10 năm 2025

3. Chúng tôi cam kết:

- Không đang trong quá trình thực hiện thủ tục giải thể hoặc bị thu hồi Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc Giấy chứng nhận đăng ký hộ kinh doanh hoặc các tài liệu tương đương khác; không thuộc trường hợp mất khả năng thanh toán theo quy định của pháp luật về doanh nghiệp.
- Giá trị của các thuốc nêu trong báo giá là phù hợp, không vi phạm quy định của pháp luật về cạnh tranh, bán phá giá.
- Những thông tin nêu trong báo giá là trung thực.

....., ngày.... tháng....năm....

**Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất,
nhà cung cấp⁽¹²⁾**

(Ký tên, đóng dấu (nếu có))