|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ HÀ TĨNHBỆNH VIỆN ĐA KHOATHỊ XÃ KỲ ANH   Số: /TM-BVĐKKA  V/v đề nghị gửi thư báo giá mua sắm thuốc phun muỗi năm 2025 | CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc   *Thị xã Kỳ Anh, ngày tháng năm 2025* |

# Kính gửi: Các đơn vị kinh doanh.

Để có căn cứ mua sắm thuốc phun muỗi năm 2025, Bệnh viện đa khoa thị xã Kỳ Anh kính đề nghị các đơn vị quan tâm, có khả năng cung cấp hàng hóa theo phụ lục 01 đính kèm Công văn này, gửi báo giá bản giấy có dấu về địa chỉ: Bệnh viện đa khoa thị xã Kỳ Anh, TDP Hưng Hoà, phường Hưng Trí, Thị xã Kỳ Anh, tỉnh Hà Tĩnh trước 17h ngày 04/4/2025. Bản mềm gửi qua địa chỉ Gmail: phongvtbvdkka@gmail.com. Báo giá của đơn vị gửi theo mẫu phụ lục 02 đính kèm Công văn này.

Bệnh viện đa khoa thị xã Kỳ Anh thông báo để các đơn vị được biết./.

Trân trọng cảm ơn!

|  |  |
| --- | --- |
| *Nơi nhận:* - Như trên;- Lưu: VT, TCHC. | **KT. GIÁM ĐỐC**  **PHÓ GIÁM ĐỐC**  **Đặng Diên** |

**PHỤ LỤC 01**

**HÀNG HÓA ĐỀ NGHỊ BÁO GIÁ**

*(Kèm theo Công văn /TM-BVĐKKA ngày 26/3/2025*

*của Bệnh viện đa khoa thị xã Kỳ Anh)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** |  | **Đơn vị tính** | **Số lượng** | **Quy cách sản phẩm** | **Ghi chú** |
| 1 | Map Pecmethrin 50EC  Nhập khẩu | Lít | 14 | * Permethrin ……50% * Dung môi và chất nhũ hoá …… 50 % * Hạn sử dụng: 2 năm kể từ ngày sản xuất * Đóng chai màu nâu, cánh gián, chai 1 lít, |  |
|  | ***Tổng cộng: 01 khoản*** | |  |  |  |

**PHỤ LỤC 02**

**BÁO GIÁ MUA SĂM HÀNG HÓA**

Tên đơn vị báo giá..............

**BÁO GIÁ**

Kính gửi: Bệnh viện đa khoa thị xã Kỳ Anh

Chúng tôi là:................., có địa chỉ tại............. , điện thoại..........; Chúng tôi xin gửi tới quý Bệnh viện bản chào giá hàng hóa như sau:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên hàng hóa** | **Quy cách sản phẩm** | **Nước sản xuất/năm sản xuất** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** | **Đơn giá** | **Thành tiền** |
| **A** | **B** | **C** |  | **D** | **E** | **G** | **H** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***TỔNG CỘNG: … khoản*** | |  |  |  |  |  |

Giá trên là giá đã bao gồm thuế và các loại phí

Các điều khoản:

- Hàng mới 100 %

- Địa điểm giao hàng: Bệnh viện đa khoa thị xã Kỳ Anh, TDP Hung Hoà, phường Hưng Trí, Thị xã Kỳ Anh, tỉnh Hà Tĩnh.

- Các điều khoản khác (nếu có)

- Thời gian giao hàng:

- Phương thức thanh toán:

Báo giá trên có hiệu lực trong vòng .... ngày kể từ ngày ký./.

*...... Ngày....... tháng.........năm 2025*

**ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CỦA ĐƠN VỊ BÁO GIÁ**

***(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)***