|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ HÀ TĨNHBỆNH VIỆN ĐA KHOATHỊ XÃ KỲ ANH  Số: /TM-BVĐKKAV/v đề nghị gửi thư báo giá mua thiết bị điện ( ổn áp) | CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc *Thị xã Kỳ Anh, ngày tháng năm 2024* |

# Kính gửi: Các đơn vị kinh doanh.

Để có căn cứ mua thiết bị điện ( ổn áp) cho hệ thống máy móc tại khoa Xét nghiệm, phục vụ công tác khám chữa bệnh tại đơn vị. 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, điện thoại 02393966028 trước ngày 01/10/2024. 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 25/9/2024*

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên thiết bị điện** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** | **Thông số kỹ thuật** | **Hảng sản xuất/năm sản xuất** | **Ghi chú** |
| 1 | Ổn áp | Cái | 02  | Ổn áp 1P DRII – 10kVA- Điện áp vào 1 pha: 90V ~ 250V- Điện áp ra 1 pha: 110V – 220V |  |  |
| ***Tổng cộng: Một khoản*** |  |  |  |

**PHỤ LỤC 02**

**BÁO GIÁ MUA ỔN ÁP**

*(Kèm theo Công văn số /TM-BVĐKKA ngày 25/9/2024 của Bệnh viện đa khoa thị xã Kỳ Anh)*

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 trang thiết bị như sau:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên thiết bị điện** | **Thông số kỹ thuật** | **Hảng sản xuất/năm sản xuất** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** | **Ghi chú** |
| **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | **G** | **I** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***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 2024*

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

 ***(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)***