

SỞ Y TẾ HÀ TĨNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
THỊ XÃ KỲ ANH

Số: /TM-BVĐKKA
V/v đề nghị gửi thư báo giá
mua phí bảo hiểm cháy nổ
bắt buộc và các rủi ro đặc
biệt năm 2026

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

Sông Trí, ngày 13 tháng 05 năm 2026

Kính gửi: Các đơn vị cung cấp dịch vụ bảo hiểm.

Bệnh viện Đa khoa thị xã Kỳ Anh có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, xây dựng giá mua phí bảo hiểm cháy nổ bắt buộc và các rủi ro đặc biệt năm 2026, với nội dung cụ thể như sau:

I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá.

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện Đa khoa thị xã Kỳ Anh

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: *Số điện thoại liên hệ: 0982.738.972 - Phó trưởng phòng Tổ chức Hành chính: Nguyễn Thị Lâm.*

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Phòng văn thư - Bệnh viện đa khoa thị xã Kỳ Anh, Tổ dân phố Hưng Hoà, Phường Sông Trí, Tỉnh Hà Tĩnh.

- Gửi file PDF và Exel về email: phongvtbvdkka@gmail.com

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ ngày 13 tháng 05 năm 2026 đến 17 giờ ngày 19 tháng 05 năm 2026.

Các báo giá nhận được sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày kể từ ngày 20 tháng 05 năm 2026.

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục dịch vụ: Theo phụ lục 01;

2. 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**

Thái Phong Vũ

PHỤ LỤC 01

DỊCH VỤ PHÍ BẢO HIỂM CHÁY NỔ BẮT BUỘC VÀ CÁC RỦI RO ĐẶC BIỆT NĂM 2026

*(Kèm theo Công văn /TM-BVĐKKA ngày 13/05/2026
của Bệnh viện đa khoa thị xã Kỳ Anh)*

TT	Danh mục dịch vụ	Ngành nghề hoạt động	Thời hạn bảo hiểm	Giá trị thực tế toàn bộ (Trđ) hoặc Số người tham gia BH	Phạm vi bảo hiểm	Phí bảo hiểm	Ghi chú
1	Phí bảo hiểm cháy nổ bắt buộc và các rủi ro đặc biệt năm 2026	Khối Y tế: Bệnh viện đa khoa	1 năm (12 tháng)	Giá trị tài sản còn lại: 93.908.793.293 đồng			

PHỤ LỤC 02

Tên đơn vị báo giá.....
Địa chỉ:.....
Điện thoại:.....
Email:.....

BÁO GIÁ CUNG CẤP PHÍ BẢO HIỂM CHÁY NỔ BẮT BUỘC VÀ CÁC RỦI RO ĐẶC BIỆT NĂM 2026

Kính gửi: Bệnh viện đa khoa thị xã Kỳ Anh
Địa chỉ: TDP Hưng Hòa, phường Sông Trí, tỉnh Hà Tĩnh

Chúng tôi là:....., có địa chỉ tại....., điện thoại.....; Chúng tôi xin gửi tới quý Bệnh viện bản chào giá và thông tin Quy tắc, điều khoản, mức phí bảo hiểm như sau:

TT	Tên dịch vụ	Quy tắc áp dụng	Phạm vi bảo hiểm	Mức phí bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm	Quyền lợi bảo hiểm	Thời hạn bảo hiểm	Công văn hướng dẫn thực hiện
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	TỔNG CỘNG: ... khoản./.							

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

Các điều khoản:

- Địa điểm: Bệnh viện đa khoa thị xã Kỳ Anh, TDP Hưng Hoà, phường Sông Trí, tỉnh Hà Tĩnh.
- Phương thức thanh toán: Chuyển khoản trong vòng 30 ngày.
- Thời hạn thanh toán: 30 ngày kể từ ngày bảo hiểm có hiệu lực
- Báo giá trên có hiệu lực trong vòng 90 ngày kể từ ngày ký./.

..... Ngày..... tháng.....năm 2026

ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CỦA ĐƠN VỊ BÁO GIÁ
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

