

Số: /BVĐK
V/v mời báo giá dịch vụ
xét nghiệm

Quảng Ngãi, ngày tháng 3 năm 2025

Kính gửi: Quý công ty, đơn vị cung ứng dịch vụ.

Để có căn cứ xây dựng giá kế hoạch gói thầu Thuê dịch vụ xét nghiệm phục vụ Đề tài nghiên cứu: “Khảo sát đặc điểm dịch tễ học, đề xuất giải pháp phòng và kiểm soát bệnh thalassemia trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi”, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ngãi kính đề nghị các công ty, đơn vị cung ứng dịch vụ cung cấp báo giá, cụ thể như sau:

Danh mục báo giá: Chi tiết theo mẫu đính kèm.

Lưu ý: Báo giá đã bao gồm thuế, phí, lệ phí theo quy định và các chi phí khác (nếu có), bên thuê dịch vụ không phải trả thêm bất kỳ một chi phí nào thêm.

Mục đích báo giá: Làm cơ sở xây dựng giá kế hoạch.

Thời gian tiếp nhận báo giá: Từ ngày thông báo đến 17 giờ 00 ngày 14 tháng 3 năm 2025.

Hình thức báo giá: 01 bản giấy có chữ ký, đóng dấu.

Thời hạn hiệu lực của báo giá: 150 ngày làm việc.

Quý công ty tham gia báo giá bỏ vào bao thư niêm phong kín, bên ngoài ghi rõ thông tin công ty và gửi trực tiếp hoặc chuyển phát nhanh đến phòng Văn thư, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ngãi, đường Lê Hữu Trác, phường Nghĩa Lộ, TP Quảng Ngãi, tỉnh Quảng Ngãi; số điện thoại: 0255.3815.966.

Xin trân trọng cảm ơn./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- BLĐ Bệnh viện;
- Website Bệnh viện;
- Lưu: VT, KHTH, TCKT;

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

Huỳnh Thị Thuận

Mẫu báo giá

(Kèm theo thư mời báo giá số: /BVĐK, ngày 04 tháng 3 năm 2025)

Công ty.....
Số giấy đăng ký kinh doanh.....
Mã số thuế:.....
Địa chỉ.....
Điện thoại..... Email.....
Người liên hệ.....Điện thoại.....Email.....

BẢNG BÁO GIÁ

Kính gửi: BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NGÃI
Công ty chúng tôi kính gửi quý Bệnh viện báo giá như sau:

TT	Tên dịch vụ	Giá/test (VNĐ)	Ghi chú
1	Điện di Hemoglobin ¹		
2	Xác định đột biến bệnh alpha thalassemia ²		
3	Xác định đột biến beta thalassemia ³		
4	Giải trình tự vùng exon gene beta globin ⁴		

Báo giá đã bao gồm thuế, phí, lệ phí theo quy định và các chi phí khác (nếu có), bên thuê dịch vụ không phải trả thêm bất kỳ một chi phí nào thêm.

Báo giá có hiệu lực 150 ngày làm việc kể từ ngày ký./.

....., ngày tháng 3 năm 2025

THỦ TRƯỞNG
(Ký tên, đóng dấu)

1: Số lượng ước tính: 780 mẫu.

2: Số lượng ước tính: 525 mẫu.

3: Số lượng ước tính: 255 mẫu.

4: Số lượng ước tính: 02 mẫu.

Quý có quan, đơn vị vui lòng ghi rõ các kiểu đột biến bệnh thalassemia có thể phát hiện được.

