

Số: /TB-BV

Minh Hóa, ngày tháng năm 2025

THÔNG BÁO

Mời báo giá cung cấp Bình chữa cháy xách tay, Nội quy PCCC, Tiêu lệnh chữa cháy tại Bệnh viện đa khoa khu vực Minh Hóa

Kính gửi: Các đơn vị cung cấp hàng hóa

Bệnh viện đa khoa huyện Minh Hóa đang có nhu cầu mua sắm **Bình chữa cháy xách tay, Nội quy PCCC, Tiêu lệnh chữa cháy** phục vụ công tác phòng cháy, chữa cháy với các nội dung như sau:

I. Danh mục hàng hóa

STT	Tên hàng hóa	Yêu cầu quy cách hàng hóa	Số lượng	Đơn vị tính
1	Bình chữa cháy bằng bột chữa cháy loại 4kg	Bình chữa cháy dạng xách tay Chất chữa cháy: Bột Công suất chữa cháy: 2A.55B.C Xuất xứ: Việt Nam Theo tiêu chuẩn PCCC, có giấy chứng nhận kiểm định phương tiện PCCC và dán tem theo quy định Tình trạng: Hàng mới 100%	Bình	10
2	Bình chữa cháy bằng khí CO ² loại 3kg	Bình chữa cháy dạng xách tay Chất chữa cháy: Khí CO ² tinh chất Công suất chữa cháy: 34B Xuất xứ: Việt Nam Theo tiêu chuẩn PCCC, có giấy chứng nhận kiểm định phương tiện PCCC và dán tem theo quy định Tình trạng: Hàng mới 100%	Bình	10
3	Bảng nội quy phòng cháy chữa cháy	Chất liệu: Mica trong Độ dày: 2mm Kích thước 30x40cm Nội dung: Dán decan Xuất xứ: Việt Nam Tình trạng: Hàng mới 100%	Cái	10

STT	Tên hàng hóa	Yêu cầu quy cách hàng hóa	Số lượng	Đơn vị tính
4	Bảng tiêu lệnh chữa cháy	Chất liệu: Mica trong Độ dày: 2mm Kích thước 30x40cm Nội dung: Dán decan Xuất xứ: Việt Nam Tình trạng: Hàng mới 100%	Cái	10
5	Kệ đựng bình chữa cháy	Dùng cho các bình chữa cháy xách tay 3kg, 4kg Xuất xứ: Việt Nam Chất liệu: Sắt tráng kẽm chống rỉ Khả năng chịu lực: 80Kg Lớp phủ: Sơn đỏ tĩnh điện Tình trạng: Hàng mới 100%	Cái	18

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

Để có căn cứ xây dựng giá kế hoạch, Bệnh viện đa khoa khu vực Minh Hóa kính mời các đơn vị có đủ điều kiện, năng lực, kinh nghiệm về cung cấp hàng hóa gửi báo giá và tài liệu liên quan đến Bệnh viện đa khoa khu vực Minh Hóa (bảng chào giá theo mẫu đính kèm) với các nội dung như sau:

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện đa khoa khu vực Minh Hóa.

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Ông: Đinh Ngọc Hiếu - SĐT: 0888.432.777

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

Nhận báo giá qua đường bưu điện, địa chỉ: Phòng Tổ chức – Hành chính, Bệnh viện đa khoa huyện Minh Hóa, Tổ dân phố 7, xã Minh Hóa, tỉnh Quảng Trị.

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 08h ngày 06 tháng 8 năm 2025 đến trước 08h 00' ngày 16 tháng 8 năm 2025

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

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: 60 ngày, kể từ ngày 16 tháng 8 năm 2025.

6. Địa điểm cung cấp, giao hàng: Phòng Tổ chức – Hành chính, Bệnh viện đa khoa khu vực Minh Hóa, Tổ dân phố 7, xã Minh Hóa, tỉnh Quảng Trị.

7. Thời gian giao hàng dự kiến: Quý III năm 2025.

Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của Quý đơn vị./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu: VT, TCHC.

GIÁM ĐỐC

Đinh Thanh Giáo

Nhà cung cấp:
Địa chỉ:
Email:
Điện thoại:

BẢNG BÁO GIÁ

Kính gửi: Bệnh viện đa khoa khu vực Minh Hóa
Căn cứ thư mời báo giá số: ... ngày ... của Bệnh viện đa khoa khu vực Minh Hóa, đăng trên website Bệnh viện đa khoa khu vực Minh Hóa
Công ty:kính gửi Bệnh viện đa khoa khu vực Minh Hóa bảng báo giá cho các hành hóa như sau:

TT	Tên hàng hóa	Thông số kỹ thuật	Xuất xứ	Bảo hành	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá (VNĐ)	Thành tiền (VNĐ)	Ghi chú

Bằng chữ:

* Báo giá này có hiệu lực trong vòng: ... ngày, kể từ ngày .. tháng .. năm .. *[ghi cụ thể số ngày nhưng không nhỏ hơn 60 ngày]*, đến ngày ... tháng... năm ... *[ghi ngàytháng...năm. kết thúc nhận báo giá phù hợp với thông tin tại khoản 5 Mục II - Yêu cầu báo giá]*.

* 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 hàng hóa 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.

* *Ghi chú:*

- *Bảng giá trên đã bao gồm thuế, phí, lệ phí (nếu có).*
- *Hàng mới 100% đúng theo tiêu chuẩn của nhà sản xuất.*

....., ngày.... tháng....năm....
Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà cung cấp⁽¹²⁾
(Ký tên, đóng dấu (nếu có))