|  |  |
| --- | --- |
| BỘ Y TẾ **VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG** | CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: /VSDTTƯ - TTDV | *Hà Nội, ngày tháng năm 2024.* |

**THƯ MỜI BÁO GIÁ**

**Phục vụ công tác mua sắm vắc xin phòng Dại năm 2024**

Kính gửi: Quý Công ty/đơn vị

Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương xin gửi tới các Quý Công ty/đơn vị lời chào trân trọng.

Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương có nhu cầu mua vắc xin theo danh mục chi tiết trong Phụ lục 1 đính kèm.

Để có căn cứ xây dựng dự toán và kế hoạch lựa chọn nhà cung cấp, Viện kính đề nghị các Quý Công ty/đơn vị quan tâm và có khả năng cung ứng vắc xin này gửi báo giá sản phẩm của Quý Công ty theo mẫu báo giá tại Phụ lục 2.

Báo giá xin gửi qua đường văn thư về Viện theo thông tin sau:

Địa điểm nhận báo giá: Phòng Tổng hợp - Trung tâm Dịch vụ Y tế dự phòng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, số 1 Yecxanh, Hai Bà Trưng, Hà Nội. SĐT: 024.39717694

Hồ sơ báo giá bản mềm xin gửi về địa chỉ email: yteduphong@gmail.com

Thời gian nhận báo giá: trước h00 ngày / /2024.

Yêu cầu hồ sơ báo giá bao gồm các tài liệu sau:

1. Thư chào giá theo mẫu báo giá tại phụ lục 2 đính kèm.

 2. Tài liệu chứng minh tiêu chuẩn kỹ thuật chi tiết của hàng hóa và các tài liệu làm căn cứ phân nhóm thuốc theo quy định hiện hành.

Trân trọng cảm ơn sự hợp tác của Quý Công ty/đơn vị.

|  |  |
| --- | --- |
|  **Nơi gửi:*** Như trên;
* Website Viện VSDTTƯ;
* Viện trưởng (để báo cáo);
* Lưu VT, TTDV.
 | **KT.VIỆN TRƯỞNG****PHÓ VIỆN TRƯỞNG****Cao Ngọc Ánh** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PHỤ LỤC 01****DANH MỤC VẮC XIN ĐỀ NGHỊ CUNG CẤP BÁO GIÁ***(Kèm theo công văn số /VSDTTƯ-TTDV ngày tháng năm 2024)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên vắc xin** | **Hoạt chất chính - hàm lượng** | **Đường dùng** | **Dạng bào chế** | **Quy cách đóng gói** | **Cơ sở sản xuất, nước sản xuất** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** |
| **1** | **VERORAB** **Vắc xin dại (bất hoạt), điều chế trên canh cấy tế bào** | Mỗi liều vắc xin hoàn nguyên 0,5ml chứa: Virus dại bất hoạt (chủng Wistar Rabies PM/WI 38 1503-3M) ≥ 2,5 IU | Tiêm bắp, tiêm trong da | Vắc xin bột đông khô và dung môi hoàn nguyên | Hộp 10 lọ, mỗi lọ 1 liều vắc xin đông khô, kèm 10 bơm tiêm, mỗi bơm tiêm nạp sẵn 0,5ml dung môi NaCl 0,4% | Sanofi Pasteur - Pháp | Liều | 180 |

PHỤ LỤC 2. MẪU BÁO GIÁ*(Kèm theo công văn số /VSDTTƯ-TTDV ngày tháng năm 2024)* |
| **TÊN CÔNG TY****Số:……** | CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập- Tự do- Hạnh phúc. |

**BẢNG BÁO GIÁ**

 **Kính gửi: Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương**

Công ty..... có địa chỉ tại....., số đăng ký kinh doanh…được cấp bởi…

Căn cứ thông báo mời báo giá ngày…..tháng….năm…..của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương và khả năng cung ứng của công ty, chúng tôi xin gửi tới Quý Viện bảng Báo giá các mặt hàng như sau:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Mã thuốc** | **Tên thuốc** | **Tên hoạt chất** | **Nồng độ, hàm lượng** |  **Đường dùng** | **Dạng bào chế** | **Quy cách**  | **Nhóm thuốc** | **GĐKLH****hoặc** **GPNK(1)**  | **Cơ sở sản xuất**  | **Nước sản xuất**  | **Đơn vị tính(2)** | **Giá kê khai (3)** | **Đơn giá kế hoạch (Có VAT) (4)** | **Số lượng** | **Thành tiền**  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Tổng tiền:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Giá báo trên đã bao gồm thuế VAT, chi phí vận chuyển, giao hàng tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, chi phí, lệ phí khác.*

*Các điều khoản: Địa điểm giao hàng, Thời gian giao hàng, phương thức thanh toán…*

*Hiệu lực của báo giá: trong vòng..... ngày kể từ ngày ký.*

 Hà Nội, ngày…tháng…năm 2024

**ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CỦA CÔNG TY**

**(Ký tên, đóng dấu)**

*Đối với vắc xin, sinh phẩm y tế, đề nghị Quý Công ty phân nhóm và gửi kèm hồ sơ chứng minh, phân nhóm theo quy định tại Thông tư của Bộ Y tế và các quy định hiện hành và chịu trách nhiệm về các tài liệu làm căn cứ phân loại trên.*

*(1) Giấy đăng ký lưu hành hoặc GPNK: Ghi rõ số giấy đăng ký lưu hành của thuốc hoặc số giấy phép nhập khẩu.*

*(2) Đơn vị tính: Tính theo đơn vị tính nhỏ nhất (viên, ống, lọ, tuýp, gói, chai…).*

*(3) Giá kê khai, Đơn giá kế hoạch: Tính theo Đồng Việt Nam (VND), đã có thuế giá trị gia tăng (VAT).*

*(4) Đơn giá kế hoạch là giá giao thuốc tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*