**Tên nhà thầu:**

**Địa chỉ:**

**Điện thoại:**

**Mã số thuế:**

**Mã nhà thầu trên trang muasamcong:**

 *…….., ngày ….. tháng ….. năm 2024*

**BIỂU CHÀO GIÁ THUỐC**

*(Kèm theo Công văn số 865/TTYT ngày 10/12/2024 của Trung tâm Y tế thành phố Hội An)*

**Kính gửi: TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ HỘI AN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **STT TT 15/2020/TT-BYT** | **Tên hoạt chất** | **Tên****biệt dược** | **Nồng độ/****Hàm lượng** | **Đường dùng** | **Giấy ĐKLH hoặc GPNK** | **Dạng bào chế** | **Cơ sở****sản xuất** | **Nước****sản xuất** | **Qui cách đóng gói** | **Hạn dùng (tuổi thọ)** | **Nhóm TCKT** | **Đơn vị tính** | **Số****lượng** | **Đơn giá chào hàng (bao gồm VAT)** | **Thành tiền (VNĐ)** | **Giá kê khai, kê khai lại** |
| 1 | 1157 | Vắc xin phòng dại |  | ≥ 2,5 IU/0,5ml | Tiêm |  |  |  |  |  |  | Nhóm 5 | Lọ | 270 |  |  |  |
| **Tổng: 01 Mặt hàng** | **……………….. VNĐ** |  |

*(Bằng chữ:…………..)*

**Các điều khoản khác:**

- Báo giá có hiệu lực ……………. *(Tối thiểu 90 ngày kể từ ngày 23 tháng 12 năm 2024)*

- Thời gian thực hiện hợp đồng: 60 ngày kể từ ngày ký hợp đồng

- Loại hợp đồng: Trọn gói

 - Giao hàng trong vòng 72 giờ từ khi nhận được dự trù;

 - Đơn giá đã bao gồm các chi phí liên quan và giao hàng tại Khoa Dược – TTB – VTYT, Trung tâm Y tế TP Hội An .

 *<Địa danh>, ngày….tháng…..năm 2024*

 **Đại diện hợp pháp của nhà cung cấp**

 *(Ký tên, đóng dấu (nếu có))*