|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ TỈNH ĐỒNG THÁP | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
| **BỆNH VIỆN ĐKKV CAI LẬY** |  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |
| Số: 605/BVĐKCL-CNTTV/v Mời chào giá hộp mực máy in trong thời gian chờ kết quả lựa chọn nhà thầu  | *Cai Lậy, ngày 12 tháng 9 năm 2025* |

Kính gửi: Các công ty, nhà cung cấp linh kiện Công nghệ thông tin tại Việt Nam

Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cai Lậy có nhu cầu tiếp nhận báo giá để làm cơ sở mua sắm cho dự toán mua sắm “Mua sắm hộp mực máy in trong thời gian chờ kết quả lựa chọn nhà thầu” của Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy sử dụng trong thời gian chờ kết quả lựa chọn nhà thầu gói thầu Mua sắm hộp mực máy in và linh kiện máy tính, máy in năm 2024-2025, với nội dung cụ thể như sau:

1. **Thông tin của đơn vị mời chào giá:**
* Đơn vị mời chào giá:
	+ Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cai Lậy. Địa chỉ: Số 398, đường Quốc lộ 1, Khu phố 1A, Phường Cai Lậy, tỉnh Đồng Tháp.
* Thông tin liên hệ của bộ phận chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:
	+ Phòng Công nghệ thông tin. Số điện thoại: 02733 710 072. Email: cailay.bvdkkv@dongthap.gov.vn
* Cách thức tiếp nhận báo giá:
	+ Nhận trực tiếp tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy (Phòng Công nghệ thông tin), địa chỉ: Số 398, đường Quốc lộ 1, Khu phố 1A, Phường Cai Lậy, tỉnh Đồng Tháp vào giờ hành chánh các ngày trong tuần từ thứ hai đến thứ sáu. Báo giá được để vào phong bì niêm phong và đóng dấu giáp lai. Ngoài bìa thư ghi rõ: “Báo giá hộp mực máy in”.
	+ Thời hạn tiếp nhận báo giá: từ ngày đăng tải trên Trang thông tin điện tử của Bệnh viện đến hết ngày 18/9/2025. Các báo giá nhận sau thời điểm nêu trên sẽ không được xem xét.
* Thời hạn hiệu lực của báo giá: tối thiểu 30 ngày, kể từ ngày báo giá.
1. **Nội dung yêu cầu báo giá**

 Danh mục hàng hóa:

| **STT** | **Tên hàng hóa** | **Thông số kỹ thuật** | **Số lượng** | **Đơn vị tính** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Hộp mực máy in Canon 6230DN | - Loại: Có chíp- Tương thích với dòng máy Canon 6230DN (78A)- Công nghệ in: Laser- Bảo hành 12 tháng hoặc đến khi hết mực (tuỳ điều kiện nào đến trước ) | 05 | Hộp |
| 2 | Hộp mực máy in HP 402DN | - Loại: Có chíp- Tương thích với dòng máy in  HP 402DN (26A)- Công nghệ in: Laser- Bảo hành 12 tháng hoặc đến khi hết mực (tuỳ điều kiện nào đến trước) | 10 | Hộp |
| 3 | Hộp mực máy in Canon 2900 | - Loại: Có chíp- Tương thích với dòng máy in Canon 2900 (12A)- Màu mực : Đen (Black)- Công nghệ in: Laser- Bảo hành 12 tháng hoặc đến khi hết mực (tuỳ điều kiện nào đến trước) | 15 | Hộp |
| 4 | Hộp mực máy in HP 404DN | - Loại: Có chíp- Tương thích với dòng máy in HP Laserjet Pro M404dn(76A)- Màu mực : Đen (Black)- Công nghệ in: Laser- Bảo hành 12 tháng hoặc đến khi hết mực (tuỳ điều kiện nào đến trước) | 10 | Hộp |
| **Tổng cộng: 04 khoản** |

1. **Mẫu báo giá**
* Nếu Quý Công ty có cung cấp hộp mực máy in kể trên đề nghị gửi báo giá theo mẫu bên dưới đây (đính kèm Mẫu báo giá), để đơn vị tiến hành lập hồ sơ mua sắm theo quy định.

Trân trọng cảm ơn./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***- Như trên;- Phòng CNTT (để đăng tải)- Lưu: VT, HSMS (Thành). | **Q. GIÁM ĐỐC** |

**MẪU BÁO GIÁ**

*(Kèm theo công văn số 605/BVĐKCL-CNTT ngày 12 tháng 9 năm 2025)*

**Kính gửi: Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy**

**Tên công ty: …**

**BẢNG BÁO GIÁ**

Đvt: đồng

| STT | Tên hàng hóa | Tênthương mại | Thông số kỹ thuật | Ký hiệu/ Model | Bảo hành | Đơn vị tính | Số lượng | Đơn giá | Thành tiền |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tổng cộng: khoản | Tổng thành tiền: ……………………… đồng*Bằng chữ: …………………………………………………..* |

*Giá đã bao gồm VAT, chi phí giao hàng và các chi phí liên quan*

Hiệu lực báo giá: ngày, kể từ ngày báo giá.

*Lưu ý:Công ty gửi báo giá điền đầy đủ thông tin các cột (1),* (*2*), *(3) nếu có, (4), (5) nếu có, (6), (7), (8), (9), (10). Công ty có thể thay đổi mẫu bảng báo giá, nhưng phải đáp ứng đầy đủ các thông tin yêu cầu. Các trường hợp không đầy đủ thông tin thì báo giá xem như không hợp lệ. Tên thương mại có thể là tên thể hiện trên hóa đơn.*

 *………., ngày …. tháng ….. năm 2025*

 **Người đại diện hợp pháp**

 (ký tên, đóng dấu)