Tên công ty: …………..……

Địa chỉ: ………………...…..

Mã số thuế: ………….…….

Số điện thoại: ……….…….

**BÁO GIÁ**

**Kính gửi: Sở Y tế tỉnh Ninh Thuận**

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Sở Y tế tỉnh Ninh Thuận, Công ty ……… *[ghi tên của hãng sản xuất, nhà cung cấp; trường hợp nhiều hãng sản xuất, nhà cung cấp cùng tham gia trong một báo giá (gọi chung là liên danh) thì ghi rõ tên, địa chỉ của các thành viên liên danh]* báo giá cho các thiết bị y tế như sau:

1. Báo giá cho các danh mục gồm:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên hàng hóa** | **Yêu cầu về tính năng, thông số kỹ thuật** | **Ký, mã, nhãn hiệu, model, hãng sản xuất** | **Mã HS** | **Hạn dùng (≥ tháng)** | **Xuất xứ** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** | **Đơn giá (có VAT)** | **Thành tiền (VNĐ)** |
| *(1)* | *(2)* | *(3)* | *(4)* | *(5)* | *(6)* | *(7)* | *(8)* | *(9)* | *(10)* | *(11)=(9)\*(10)* |
| *1* | *Hàng hóa A* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *2* | *Hàng hóa B* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *n* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Tổng cộng** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. Đơn giá trên báo giá đã bao gồm thuế VAT, chi phí vận chuyển và các chi phí dịch vụ liên quan.

3. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: Tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày 12 tháng 11 năm 2024.

4. 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 thiết bị y tế 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.

*.….., ngày.….. tháng…… năm 2024*

**Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà cung cấp**

(Ký tên, đóng dấu(nếu có))