

Số: /TTYT-KDVTBYYT
V/v mời báo giá thuốc Insulin

Phù Cát, ngày tháng 7 năm 2026

Kính gửi: Các nhà cung cấp tại Việt Nam

Trung tâm Y tế Phù Cát có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, xây dựng giá gói thầu, làm cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu cho gói thầu mua sắm thuốc Insulin với nội dung cụ thể như sau:

I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Trung tâm Y tế Phù Cát

Địa chỉ: Số 12 Đường 3/2, xã Phù Cát, tỉnh Gia Lai

2. Thông tin nơi tiếp nhận báo giá:

Trung tâm Y tế Phù Cát, Email: ttyphucatgialai@gmail.com, điện thoại/
Fax: 02563750616.

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

Nhận trực tiếp (hoặc qua đường bưu điện) tại địa chỉ: Phòng Văn thư -Trung tâm Y tế Phù Cát, Địa chỉ: Số 12, Đường 3/2, xã Phù Cát, tỉnh Gia Lai và gửi trước qua email: ttyphucatgialai@gmail.com.

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 07 giờ 00 phút ngày 14 tháng 7 năm 2026 đến trước 17 giờ 00 phút ngày 24 tháng 7 năm 2026.

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

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày 24 tháng 7 năm 2026.

II. Nội dung yêu cầu báo giá

1. Danh mục đề nghị báo giá: Chi tiết tại phụ lục I kèm theo

2. Khi báo giá, đề nghị đơn vị lưu ý những nội dung sau đây:

Giá hàng hóa đã bao gồm thuế VAT, thuế nhập khẩu (nếu có), các chi phí vận chuyển và các chi phí khác có liên quan ... đến tận kho của Khoa Dược - Vật tư, thiết bị y tế, Trung tâm Y tế Phù Cát.

3. Yêu cầu về báo giá:

- Số lượng báo giá: 01 bản gốc
- Ngôn ngữ sử dụng: Tiếng Việt
- Loại tiền sử dụng: Việt Nam đồng

Rất mong sự phối hợp của Quý Công ty/Doanh nghiệp./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lãnh đạo TTYT;
- Trang TTĐT TTYT;
- Hệ thống mạng đấu thầu quốc gia
(<https://muasamcong.mpi.gov.vn>);
- Lưu: VT, KDVTTBYT.

GIÁM ĐỐC

Trần Thúc Khả

Phụ lục I
DANH MỤC HÀNG HÓA MỜI BÁO GIÁ
(Kèm Công văn số /TTYT-KDVTTBYT ngày /7/2026 của TTYT Phù Cát)

STT	Tên hoạt chất	Nhóm thuốc	Nồng độ/hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế, Quy cách	Đơn vị tính	Số lượng
1	Insulin người tác dụng nhanh, ngắn	1	1000IU/10ml	Tiêm	Thuốc tiêm	Lọ	500
2	Insulin người tác dụng nhanh, ngắn	1	400IU/10ml	Tiêm	Thuốc tiêm	Lọ	500
3	Insulin người tác dụng trung bình, trung gian	1	1000IU/10ml	Tiêm	Thuốc tiêm	Lọ	3.000
4	Insulin người tác dụng trung bình, trung gian	1	400IU/10ml	Tiêm	Thuốc tiêm	Lọ	1.000
5	Insulin người trộn, hỗn hợp	5	100IU/ml x 3ml (30/70)	Tiêm	- Thuốc tiêm đóng sẵn trong dụng cụ tiêm - Mỗi bút tiêm kèm 03 đầu kim	Bút tiêm	2.000
6	Insulin người trộn, hỗn hợp	1	300IU/3ml	Tiêm	- Thuốc tiêm đóng sẵn trong dụng cụ tiêm - Mỗi bút tiêm kèm 03 đầu kim	Bút tiêm	2.000
7	Insulin người trộn, hỗn hợp	1	400IU/10ml	Tiêm	Thuốc tiêm	Lọ	1.000
	Tổng cộng: 07 khoản						

Phụ lục II
Mẫu báo giá

(Kèm theo Công văn số /TTYT-KDVTTBYT ngày /7/ 2026 của TTYT Phù Cát)

BÁO GIÁ⁽¹⁾

Kính gửi: Trung tâm Y tế Phù Cát

Trên cơ sở yêu cầu báo giá của Trung tâm Y tế Phù Cát, chúng tôi.....[ghi tên, địa chỉ của nhà cung cấp; trường hợp nhiều 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 thuốc Insulin như sau:

1. Báo giá cung cấp thuốc Insulin.

STT	Tên thuốc	Tên hoạt chất	Nhóm thuốc	Nồng độ/ hàm lượng	GĐKLH hoặc GPNK	Đường dùng	Dạng bào chế	Quy cách	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá (VNĐ)	Thành tiền (VNĐ)
1												
2												
...												
Tổng cộng:												

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: ngày, kể từ ngày ... tháng... năm ... [ghi cụ thể số ngày nhưng không nhỏ hơn 90 ngày], kể từ ngày tháng năm[ghi ngày....tháng...năm... kết thúc nhận báo giá phù hợp với thông tin tại khoản 4 Mục I-Yêu cầu báo giá].

3. 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 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....

Đại diện hợp pháp của nhà cung cấp⁽²⁾

(Ký tên, đóng dấu (nếu có))