

Số: /TTYT-HCTH

Sông Mã, ngày 06 tháng 9 năm 2024

V/v mời báo giá dịch vụ ngoại
kiểm huyết thanh học HIV

Kính gửi: Các đơn vị cung cấp dịch vụ ngoại kiểm

Căn cứ Luật đấu thầu số 22/2023/QH15 ngày 23/6/2023;

Căn cứ Nghị định số 24/2024/NĐ-CP ngày 27/2/2024 của Chính phủ Quy định chi tiết một số điều và biện pháp thi hành Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu;

Căn cứ Thông tư số 58/2016/TT-BTC ngày 29/3/2016 của Bộ Tài Chính quy định chi tiết việc sử dụng vốn nhà nước để mua sắm nhằm duy trì hoạt động thường xuyên của cơ quan nhà nước, đơn vị thuộc lực lượng vũ trang nhân dân, đơn vị sự nghiệp công lập, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức chính trị xã hội - nghề nghiệp, tổ chức xã hội, tổ chức xã hội - nghề nghiệp; Thông tư 68/2022//TT-BTC, ngày 11/11/2022 sửa đổi bổ sung một số điều Thông tư số 58/2016/TT-BTC, ngày 29/3/2016 của Bộ Tài Chính;

Căn cứ dự trù ngày 21/8/2024 của khoa Khám bệnh - Xét nghiệm - Dược.

Trung tâm Y tế huyện Sông Mã có nhu cầu tiếp nhận báo giá để làm cơ sở mua dịch vụ ngoại kiểm huyết thanh học HIV. Trung tâm Y tế kính mời quý đơn vị báo giá dịch vụ ngoại kiểm huyết thanh học HIV với những nội dung cụ thể như sau:

Chi tiết mẫu báo giá theo phụ lục đính kèm.

Địa chỉ nhận báo giá:

- Địa chỉ hộp thư điện tử của Trung tâm Y tế huyện Sông Mã: địa chỉ mail: trungtamytesm@gmail.com

- Địa chỉ nhận bản gốc báo giá: Trung tâm Y tế huyện huyện Sông Mã, địa chỉ: Tổ dân phố 5, thị trấn Sông Mã, huyện Sông Mã, tỉnh Sơn La.

- Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Đ/c Lương Văn Loãi, Phó Trưởng phòng Hành chính - Tổng hợp.

- Số điện thoại liên hệ: 02123 836 011 (trong giờ hành chính).

- Thời gian nhận báo giá từ ngày 06/9/2024 đến hết 16 giờ 00 phút ngày 16/9/2024.

Trân trọng cảm ơn!

Nơi nhận:

- Như trên;
- Cổng Thông tin điện tử TTYT (để đăng tải);
- Lưu: VT, HST, HCTH.

GIÁM ĐỐC

Đặng Huy Cường

Tên công ty/đơn vị.....
 Địa chỉ.....
 Điện thoại.....
 Email.....Website.....

MẪU BÁO GIÁ

Kính gửi: Trung tâm y tế huyện Sông Mã

.....(tên đơn vị) trân trọng gửi đến Quý đơn vị báo giá các dịch vụ Ngoại kiểm huyết thanh học HIV như sau:

Tên dịch vụ	Mô tả chi tiết	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá (VNĐ)	Thành tiền (VNĐ)
Dịch vụ Ngoại kiểm huyết thanh học HIV			01		
Tổng cộng					

(Bằng chữ:/.)

Ghi chú:

- Giá trên đã bao gồm thuế, phí và các chi phí phát sinh khác.
- Báo giá có hiệu lực

....., ngày tháng năm 2024

Đại diện hợp pháp của nhà cung cấp
 (Ký tên, đóng dấu (nếu có))

