|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ THÁI BÌNH**TRUNG TÂM****KIỂM SOÁT BỆNH TẬT** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |
| Số: /TB-KSBTV/v Mời chào đo cường độ ánh sáng | *Thái Bình, ngày tháng 4 năm 2025* |

**YÊU CẦU BÁO GIÁ**

Kính gửi: Các đơn vị/ các Công ty sản xuất, kinh doanh, phân phối.

 Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình 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 mua sắm trang thiết bị máy đo cường độ ánh sáng phục vụ chuyên môn với nội dung cụ thể như sau:

1. **Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá**
2. Đơn vị yêu cầu báo giá: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình.
3. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá: Hội đồng mua sắm Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình. Số điện thoại: 02273.640.026, email: hdms.cdctb@gmail.com.
4. Cách thức tiếp nhận báo giá:

 - Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Số 113 đường Nguyễn Tông Quai, Phường Trần Lãm, thành phố Thái Bình, tỉnh Thái Bình

- Nhận qua email: hdms.cdctb@gmail.com.

1. Thời hạn tiếp nhận báo giá:

- Từ 7h00 ngày 16/4/2025 đến trước 17h00 ngày 21/4/2025.

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

1. Thời hạn có hiệu lực của báo giá:

- Tối thiểu 60 ngày, kể từ ngày 21/42025.

1. **Nội dung yêu cầu báo giá:**
2. Danh mục các mặt hàng mời chào giá: *(đính kèm tại phụ lục 1)*

- Cách thức chào: Chào trọn gói toàn bộ danh mục.

1. Đia điểm cung cấp: Giá báo trên đã bao gồm thuế VAT, chi phí vận chuyển, giao nhận mẫu tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình, chi phí, lệ phí khác.
2. Thời gian giao hàng dự kiến: năm 2025
3. Dự kiến về các điều khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng: Sau khi hai bên thương thảo thống nhất thực hiện hợp đồng.
4. Các thông tin khác (nếu có): Không

 Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình kính mời đại diện các đơn vị gửi bản báo giá trong thời gian và địa điểm nêu trên.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***- Như trên;- Lưu: VT, HĐMS. | **GIÁM ĐỐC** |

**PHỤ LỤC 01: DANH MỤC HÀNG HÓA**

*(Kèm theo thông báo số /TB-KSBT ngày tháng 4 năm 2025 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình)*

| **TT** | **Tên Trang thiết bị**  | **Yêu cầu về cấu hình, tính năng, thông số Kỹ thuật** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **MÁY ĐO CƯỜNG ĐỒ ÁNH SÁNG** | **Cấu hình thiết bị bao gồm:**Máy đo cường độ ánh sáng Phạm vi đo: 20, 200, 2000, 20000, 200000 Lux20, 200, 2000, 20000FC (foot-nến)Độ chính xác: ±3% (ở 2854°K – được điều chỉnh bởi đèn nóng sáng phổ biến)±6% các nguồn sáng hữu hình khácLỗi cosine: 30°±2%60 °±6 %80 °±25 %Góc cosine được sửa theo thông số kỹ thuật chung bậc A của JIS C 1609:1993 và CNS 5119 AThông số kỹ thuậtTốc độ lấy mẫu: 2,5 lần/giây cho màn hình kỹ thuật sốMàn hình: Màn hình LCD 3½ chữ số 1999 điểmBộ cảm biến: Bộ lọc quang học và đi-ốt quang điện siliconPhiếu hiệu chuẩn hợp pháp**Bảo hành, bảo trì:**Bảo hành: 12 tháng trở lên.Cam kết cung cấp linh phụ kiện và giải quyết sự cố nhanh chóng, hiệu quả.Thời gian giao hàng: Trong vòng 60 ngày kể từ khi hợp đồng có hiệu lực. | **Bộ/Cái** | **01** |
|  | **Tổng cộng:** | **01 danh mục** |  |  |

|  |
| --- |
| **PHỤ LỤC 2. MẪU BÁO GIÁ** |
| *(Kèm theo thông báo số /TB-KSBT ngày tháng 4 năm 2025 của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái bình )*

|  |  |
| --- | --- |
| **TÊN CÔNG TY:****Số:……** |  **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập- Tự do- Hạnh phúc** |

 |
| **BÁO GIÁ** |
| **Kính gửi: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình** |
|  Công ty..... có địa chỉ tại....., số đăng ký kinh doanh…được cấp bởi…Trên cơ sở thông báo mời báo giá ngày…..tháng….năm…..của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình và khả năng cung ứng của công ty, chúng tôi xin gửi tới Quý Cơ quan Báo giá các mặt hàng như sau: |
|  1.Báo giá cho các thiết bị y tế và dịch vụ liên quan |
| **Danh mục thiết bị y tế (2)** | **Ký, mã, nhãn hiệu, model, hãng sản xuất(3)** | **Mã HS(4)** | **Năm sản****xuất(5)** | **Xuất xứ(6)** | **Quy cách đóng gói** | **Đơn vị tính** | **Số lượng/ khối lượng(7)** | **Đơn giá(8) (VND)** | **Chi phí cho các dịch vụ liên quan(9)****(VNĐ)** | **Thuế, phí, lệ phí (nếu có)(10)****(VND)** | **Thành tiền(11)****(VND)** |
| Hàng hóa A |   |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |
| Hàng hóa B |   |   |   |   |  |  |   |  |   |   |   |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  *(Gửi kèm theo các tài liệu chứng minh về tính năng, thông số kỹ thuật và các tài liệu liên quan của thiết bị y tế)* 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 5 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 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....***Đại diện hợp pháp của hãng sản xuất, nhà cung cấp(12)**(Ký tên, đóng dấu (nếu có) |