**Phụ lục 2: MẪU BÁO GIÁ**

*(Kèm theo Thông báo số 38 /TB-BVM ngày 13 tháng 03 năm 2025)*

|  |  |
| --- | --- |
| **TÊN ĐƠN VỊ BÁO GIÁ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |

**BÁO GIÁ**

Kính gửi: Bệnh viện Mắt tỉnh Nam Định

Tên công ty/đơn vị:

Địa chỉ:

Điện thoại:

Giấy đăng ký kinh doanh số:

Được cấp bởi:

Căn cứ Thông báo mời báo giá của Bệnh viện Mắt tỉnh Nam Định và khả năng cung cấp của công ty/đơn vị ………….., chúng tôi xin gửi đến Bệnh viện bản báo giá cung ứng thuốc cho Bệnh viện Mắt tỉnh Nam Định theo yêu cầu của Bệnh viện như sau:

**I. Gói số 01: Gói thầu thuốc generic:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Tên hoạt chất** | **Tên thuốc** | **Nhóm TCKT** | **Nồng độ, hàm lượng** | **Đường dùng** | **Dạng bào chế** | **SĐK /GPLH** | **Cơ sở sản xuất** | **Nước sản xuất** | **Đơn vị tính** | **Số lượng** | **Đơn giá** | **Thành tiền** |
| 1 | ……….. |  | … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | ……….. |  | … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Cộng** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Ghi chú:** Báo giá chi phí dịch vụ là chi phí trọn gói đã bao gồm toàn bộ các loại thuế liên quan, chi phí lập hồ sơ, thẩm định, cấp giấy phép và toàn bộ chi phí khác cần thiết để thực hiện dịch vụ.

- Hiệu lực của báo giá: ….ngày, kể từ ngày ký.

*…………., ngày …… tháng …… năm 2025*

**ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CỦA**

**ĐƠN VỊ BÁO GIÁ**

*(Ký, ghi rõ chức danh, họ tên và đóng dấu)*