

SỞ Y TẾ THANH HÓA  
TRUNG TÂM  
KIỂM SOÁT BỆNH TẬT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số: /KSBT-HĐMS  
Về việc mời báo giá thuốc  
phục vụ hoạt động nhà thuốc

Thanh Hóa, ngày tháng năm 2024

## THƯ MỜI BÁO GIÁ

Kính gửi: Công ty sản xuất, kinh doanh thuốc trên toàn quốc

Để phục vụ hoạt động chuyên môn tại nhà thuốc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa. Hội đồng mua sắm có nhu cầu tiếp nhận báo giá để tham khảo, xây dựng giá dự toán gói thầu, làm cơ sở tổ chức lựa chọn nhà thầu gói thầu: **Mua thuốc phục vụ hoạt động nhà thuốc 12 tháng (năm 2024 - 2025) thuộc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa**, cụ thể như sau:

### I. Thông tin của đơn vị mời báo giá

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa.

2. Thông tin liên hệ của người chịu trách nhiệm tiếp nhận báo giá:

Họ và tên: Lương Thị Minh

Chức vụ: PTK. Dược - VTYT

Điện thoại: 0948761088

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

Địa chỉ nhận báo giá: khoa Dược – VTYT, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa. Địa chỉ số 474, đường Hải Thượng Lãn Ông, phường Quảng Thắng, thành phố Thanh Hóa.

4. Thời gian tiếp nhận báo giá: Trước 17 giờ 00 phút ngày 23/9/2024.

5. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày, kể từ ngày nhà thầu ký báo giá.

### II. Nội dung mời báo giá

1. Danh mục các mặt hàng (tại phụ lục 1).

2. Địa điểm cung cấp hàng hóa: Tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa. Địa chỉ số 474, Hải Thượng Lãn Ông, phường Quảng Thắng, thành phố Thanh Hóa, tỉnh Thanh Hóa.

Căn cứ năng lực và phạm vi cung cấp hàng hóa, nhà thầu có thể chào giá một hoặc nhiều mặt hàng trong tổng số 45 mặt hàng mà chủ đầu tư có nhu cầu mua sắm.

Trân trọng kính mời các Công ty cấp báo giá theo mẫu (*phụ lục 2*).  
Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa trân trọng thông báo./.

***Nơi nhận:***

- Như trên;
- Lưu: VT, HĐMS<sub>(02)</sub>.

**TM.HỘI ĐỒNG MUA SẴM  
CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG**

**PHÓ GIÁM ĐỐC  
Đỗ Thanh Tùng**

**Phụ lục 1****DANH MỤC, SỐ LƯỢNG, CẤU HÌNH KỸ THUẬT CỦA HÀNG HÓA**

*Kèm công văn số /KSBT-HĐMS ngày tháng năm 2024 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa)*

STT	Nhóm TCKT	Tên hoạt chất	Nồng độ/ hàm lượng	Đường dùng; dạng bào chế	Đơn vị tính	Số lượng	Ghi chú
1	BDG	Cefuroxim	500mg	Uống; Viên	Viên	5.000	
2	BDG	Fluconazol	150mg	Uống; Viên	Viên	1.000	
3	BDG	Ciprofloxacin	500mg	Uống; Viên	Viên	2.000	
4	BDG	Amoxicilin (dưới dạng amoxicilin trihydrat) + acid clavulanic	875mg + 125mg	Uống; Viên	Viên	2.000	
5	BDG	Albendazon	200mg	Uống; Viên	Viên	1.000	
6	BDG	Drotaverine hydrochloride	40mg	Uống; Viên	Viên	3.000	
7	1	Fluconazol	150mg	Uống; Viên	Viên	2.000	
8	1	Ofloxin	200mg	Uống; Viên	Viên	5.000	
9	1	Cefpodoxim	200mg	Uống; Viên	Viên	5.000	
10	1	Metronidazole + Neomycine sulfate + Nystatine	500mg + 65000iu + 100.000iu	Đặt âm đạo; Viên	Viên	2.000	
11	1	Dequalinium chloride	10mg	Đặt âm đạo; Viên	Viên	2.000	
12	1	Ethinyl estradiol + Desogestrel	0,03mg + 0,15mg	Uống; Viên	Viên	3.000	
13	1	Estradiol valerate	2mg	Uống; Viên	Viên	500	

STT	Nhóm TCKT	Tên hoạt chất	Nồng độ/ hàm lượng	Đường dùng; dạng bào chế	Đơn vị tính	Số lượng	Ghi chú
14	1	Dydrogesterone	10mg	Uống; Viên	Viên	3.000	
15	1	Progesteron	100mg	Uống; Viên	Viên	2.000	
16	1	Progesteron	200mg	Uống; Viên	Viên	2.000	
17	1	Acyclovir	5%	Dùng ngoài; Kem bôi	Tuýp	100	
18	1	Clotrimazole	10mg	Dùng ngoài; Kem bôi	Tuýp	200	
19	1	Parecetamol	500mg	Uống; Viên	Viên	500	
20	1	Ferrous Fumarate + Folic acid	162mg + 0,75mg	Uống; Viên	Viên	3.000	
21	1	Acid tranexamic	250mg	Uống; Viên	Viên	4.000	
22	1	Povidon Iod	10%	Dùng ngoài; Dung dịch sát trùng âm đạo	Viên	1.000	
23	1	Silymarin	140mg	Uống; Viên	Viên	1.000	
24	1	Alphachymotrypsin	4,2mg	Uống; Viên	Viên	6.000	
25	2	Cefuroxim	500mg	Uống; Viên	Viên	5.000	
26	2	Acyclovir	800mg	Uống; Viên	Viên	1.000	
27	2	Metronidazol	250mg	Uống; Viên	Viên	10.000	
28	2	Amoxicilin + Acid clavulanic	875mg + 125mg	Uống; Viên	Viên	3.000	

STT	Nhóm TCKT	Tên hoạt chất	Nồng độ/ hàm lượng	Đường dùng; dạng bào chế	Đơn vị tính	Số lượng	Ghi chú
29	2	Albendazon	400mg	Uống; Viên	Viên	500	
30	2	Loratadin	10mg	Uống; Viên	Viên	1.000	
31	2	Clotrimazol	500mg	Đặt âm đạo; Viên	Viên	2.000	
32	2	Vitamin E	400ui	Uống; Viên	Viên	6.000	
33	2	Xuyên khung, Thục Địa, Đương Quy, Bạch Thược, đẳng sâm, Bạch Truật, Bạch Linh, Ích mẫu, Cam Thảo.	10ml	Uống; Viên	Ống	3.000	
34	4	Clotrimazol	500mg	Đặt âm đạo; Viên	Viên	2.000	
35	4	Bentamethason dipropionat + Clotrimazol + Gentamicin	6,4mg+ 100mg + 10mg	Dùng ngoài; Kem bôi	Tuýp	200	
36	4	Alpha – Terpineol	0,3g/100ml	Dùng ngoài; Dung dịch dùng ngoài	Viên	1.000	
37	4	Misoprostol	200mg	Uống; Viên	Viên	2.000	
38	4	Mifepriston	200mg	Uống; Viên	Viên	500	
39	4	Flavoxat hydrochlorid	200mg	Uống; Viên	Viên	3.000	
40	4	Arginin Hydrochlorid	500mg	Uống; Viên	Viên	3.000	
41	5	Estriol	0,03mg	Đặt âm đạo; Viên	Viên	2.000	

<b>STT</b>	<b>Nhóm TCKT</b>	<b>Tên hoạt chất</b>	<b>Nồng độ/ hàm lượng</b>	<b>Đường dùng; dạng bào chế</b>	<b>Đơn vị tính</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Ghi chú</b>
42	5	Metronidazole + Dexamethasone acetate + Chloramphenicol + Nystatin + Gotu Kola	225mg + 0,5mg + 100mg + 75mg	Đặt âm đạo; Viên	Viên	5.000	
43	5	Metronidazole + Chloramphenicol + Nystatin + Dexamethasone acetate	225mg + 100mg + 75mg + 0,5mg	Đặt âm đạo; Viên	Viên	2.000	
44	5	Natri Bicarbonat	5g	Dùng ngoài; Bột	Gói	1.000	
45	5	Levonorgestrel	0,03mg	Uống; Viên	Viên	2.000	

**Phụ lục 2**

(Kèm công văn số /KSBT-HĐMS ngày tháng năm 2024 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa)

Tên Công ty .....

Địa chỉ: .....

Mã số thuế: .....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

**BẢNG BÁO GIÁ**

Kính gửi: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa

Công ty ..... Địa chỉ .....

Căn cứ Công văn số .....ngày .....tháng.....năm của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa và khả năng cung ứng của công ty, chúng tôi xin gửi tới Quý cơ quan Bảng báo giá các mặt hàng sau:

STT	Nhóm TCKT	Tên thuốc	Tên hoạt chất	Nồng độ, hàm lượng	Dạng bào chế, đường dùng	Quy cách đóng gói	Số đăng ký/ GPNK	Tuổi thọ	Cơ sở sản xuất	Nước sản xuất	Đơn vị tính	Đơn giá bán (vnd)	Số lượng	Thành tiền (vnd)	Giá kê khai/kê khai lại
1															
2															
3															
.....															
<b>Tổng cộng: .....</b>		<b>mặt hàng</b>													

*Ghi chú:*

- Đơn giá trên bao gồm thuế VAT và các chi phí khác, giao hàng tại kho của bên mua.
- Báo giá có hiệu lực từ ngày ...../...../..... đến ngày ...../...../.....

....., ngày .... tháng .... năm ....

**ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP CỦA CÔNG TY BÁO GIÁ**

(Ký tên, đóng dấu)