

## YÊU CẦU BÁO GIÁ

**Kính gửi: Các Công ty dịch vụ mua bán Bảo Hiểm phi nhân thọ**

Căn cứ Thông tư số 210/2015/TT-BTC của Bộ Tài chính: Quy định sử dụng nguồn ngân sách nhà nước mua bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập;

Bệnh viện Phục hồi chức năng Phú Yên có nhu cầu mua bảo hiểm phi nhân thọ gói thầu 06: “Mua Bảo hiểm trách nhiệm cho người và hành nghề khám bệnh, chữa bệnh tại Bệnh viện Phục hồi chức năng Phú Yên năm 2024” , với nội dung cụ thể như sau:

### I. Thông tin của đơn vị yêu cầu báo giá

1. Đơn vị yêu cầu báo giá: Bệnh viện Phục hồi chức năng Phú Yên

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

Họ và tên: Nguyễn Văn Phú

Chức vụ: Nhân viên Phòng TCHC- Tài chính kế toán

Số điện thoại liên hệ : 02573.793.218

Địa chỉ Email: [nguyenphu8679@gmail.com](mailto:nguyenphu8679@gmail.com)

3. Cách thức tiếp nhận báo giá:

Tiếp nhận báo giá theo một trong các cách thức sau:

- Nhận trực tiếp tại địa chỉ: Phòng TCHC- Tài Chính kế toán Bệnh viện Phục hồi chức năng Phú Yên, thôn Long Thủy, xã An Phú, thành phố Tuy Hòa, tỉnh Phú Yên.

- Nhận qua Email: [nguyenphu8679@gmail.com](mailto:nguyenphu8679@gmail.com)

4. Thời hạn tiếp nhận báo giá: Từ 9 giờ 00 ngày 25/7/2024 đến trước 17h ngày 03/08/2024.

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 25/04/2024.

### II. Nội dung yêu cầu báo giá:

1. Danh mục hàng hóa: Chi tiết như bảng sau:

STT	Đối tượng	Nhu cầu kinh phí thực hiện Bảo hiểm trách nhiệm cho người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh		
		Số người/ Số cơ sở KCB	Mức phí bảo hiểm(*) Ngày cấp	Tổng cộng
A	B	C	D	
	<b>Tổng cộng</b>			
<b>I</b>	Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh			
1	Bác sĩ, y sĩ	80		
1	Bác sĩ	16		
2	Y sĩ	2		
3	Điều dưỡng viên	43		
4	Hộ sinh viên			
5	Kỹ thuật viên	19		
<b>II</b>	<b>Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh</b>	1		

*Lưu ý: Ghi rõ nội dung, mức đóng và trách nhiệm quyền lợi từng dịch vụ bảo hiểm theo quy định pháp luật hiện hành.*

2. Địa điểm cung cấp: Bệnh viện Phục hồi chức năng Phú Yên, thôn Long Thủy, xã An Phú, thành phố Tuy Hòa, tỉnh Phú Yên.

- Các yêu cầu khác:

3. Thời gian giao hàng dự kiến: 365 ngày từ ngày ký hợp đồng

4. Dự kiến về các điều khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng:

5. Các thông tin khác (nếu có): Không có

Trân trọng thông báo!

**Nơi nhận :**

- Như trên;
- CNTT(đăng tải lên Website BV)
- Lưu : VT, TCHC.



*Trần Như Kiên*

## Mẫu báo giá

### BÁO GIÁ

**Kính gửi:** Bệnh viện Phục hồi chức năng Phú Yên

Trên cơ sở Yêu cầu báo giá số /BG-PHCN ngày tháng năm 2024 của Bệnh viện Phục hồi chức năng Phú Yên, chúng tôi...[ghi tên, địa chỉ của hãng sản xuất, nhà cung cấp; trường hợp nhiều hãng sản xuất, 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 cho các hàng hóa như sau:

STT	Đối tượng	Nhu cầu kinh phí thực hiện Bảo hiểm trách nhiệm cho người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh		
		Số người/ Số cơ sở KCB	Mức phí bảo hiểm(*) Ngày cấp	Tổng cộng
A	B	C	D	
	<b>Tổng cộng</b>			
I	Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh			
1	Bác sĩ, y sĩ	80		
1	Bác sĩ	16		
2	Y sĩ	2		
3	Điều dưỡng viên	43		
4	Hộ sinh viên			
5	Kỹ thuật viên	19		
II	Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh	1		

*Lưu ý: Ghi rõ nội dung, mức đóng và trách nhiệm quyền lợi từng dịch vụ bảo hiểm theo quy định pháp luật hiện hành.*

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: .... ngày, kể từ ngày ... tháng ... năm 2024[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 của các hàng hóa 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**  
*(Ký tên, đóng dấu (nếu có))*