

Số: /TB-KSBT

Phú Yên, ngày tháng 8 năm 2024

THÔNG BÁO MỜI BÁO GIÁ

Kính gửi: Các công ty, đơn vị quan tâm.

Trung tâm kiểm soát bệnh tật Phú Yên có nhu cầu mua bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh cho các Bác sĩ, Y sĩ và người làm công tác chuyên môn y tế đã được cấp giấy Chứng chỉ hành nghề.

Để có cơ sở lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ mua bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh năm 2024. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật kính mời Quý Công ty gửi báo giá với đầy đủ các nội dung với nội dung cụ thể như sau:

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

- Đơn vị yêu cầu báo giá: Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Phú Yên;
- Thông tin liên hệ tiếp nhận báo giá: Bà Mạnh Thị Tuyết Mai, viên chức Phòng Tổ chức – Hành chính, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Phú Yên;
- Báo giá gửi về địa chỉ: Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Phú Yên, Đường Nguyễn Thế Bảo, Phường 9, TP Tuy Hoà, tỉnh Phú Yên;
- Thời hạn tiếp nhận báo giá: từ 07 giờ 30 phút ngày 19/8/2024 đến 17 giờ ngày 28/8/2024;

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

5. Yêu cầu báo giá phải đựng trong bao bì kín, niêm phong và ghi nhãn là: **thư chào giá cung cấp Bảo hiểm trách nhiệm trong khám bệnh, chữa bệnh năm 2024.**

6. Thời hạn có hiệu lực của báo giá: Tối thiểu 90 ngày kể từ ngày 28/8/2024;

II. Nội dung yêu cầu báo giá:

- Nội dung báo phí bảo hiểm: (Đính kèm theo Thông báo)
- Địa điểm cung cấp: Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Phú Yên;
- Thời gian bảo hiểm: 01 năm kể từ khi hợp đồng có hiệu lực;
- Dự kiến về các điều khoản tạm ứng, thanh toán hợp đồng: không;
- Thông tin khác: Đính kèm mẫu báo giá kính mời Quý Công ty có khả năng cung cấp các mặt hàng trên xin gửi báo giá với đầy đủ các nội dung vào phần đã để trống.

Rất mong nhận được sự quan tâm, hợp tác của quý công ty, đơn vị.

Trân trọng./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- BGD TTKSBT (đ/biết);
- Khoa TTGDSK đăng website;
- Lưu: VT.

KT.GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

Bùi Bá Tiên

NỘI DUNG BÁO PHÍ BẢO HIỂM MỜI BÁO GIÁ

(Đính kèm Thông báo số: /TB-KSBT ngày /8/2024
của Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Phú Yên)

1. Số người tham gia bảo hiểm: 29 người

2. Mức giới hạn trách nhiệm và phí bảo hiểm:

+ Hạn mức trách nhiệm gộp:VNĐ/vụ tổn thất và trong suốt thời hạn bảo hiểm, trong đó:

Mức trách nhiệm là: VNĐ/ người/ vụ.

* *Tổng phí bảo hiểm :*

+ Phí bảo hiểm tổng hạn mức trách nhiệm: đồng (1)

+ Phí bảo hiểm Trách nhiệm/người: (..... đồng/người x 29 người) =
.....đồng (2)

Tổng phí thanh toán: (1) + (2) = đồng

3. Mức khấu trừ:

4. Phạm vi và điều khoản, điều kiện bảo hiểm:

- *Giá báo phải bao gồm tất cả các loại thuế, phí, lệ phí, chi phí vận chuyển và các chi phí khác để thực hiện gói thầu.*

- 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 4 Mục I - Yêu cầu báo giá*]

- 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 gói dịch vụ cung cấp 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 đơn vị cung cấp dịch vụ

(*Ký tên, đóng dấu*)

