

PHỤ LỤC 2: BIỂU MẪU BÁO GIÁ

(Kèm theo Yêu cầu báo giá số: /YCBG-KSBT ngày tháng 9 năm 2024 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Lai Châu)

Tên đơn vị báo giá
Địa chỉ:
Số điện thoại:
Mã số thuế:
Email:

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

BẢNG BÁO GIÁ

Kính gửi: Quý khách hàng

Chúng tôi (tên công ty): có địa chỉ tại:

Xin gửi đến Quý khách hàng bảng báo giá như sau:

1. Báo giá cho các dịch vụ:

STT	Tên chỉ tiêu	Phương pháp xét nghiệm	Số lượng	Đơn giá	Thành tiền	Ghi chú
1						
2						
...						

2. Báo giá này có hiệu lực trong vòng: ngày kể từ ngày phát hành (ghi cụ thể số ngày nhưng không ít hơn 120 ngày).

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 kinh 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 9 năm 2024

Đại diện hợp pháp của đơn vị báo giá
(Họ tên, chức danh, ký tên, đóng dấu)