

SỞ Y TẾ HÀ NỘI
BỆNH VIỆN THẬN

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

Số: 1954 /TM-BVTH

Hà Nội, ngày 28 tháng 11 năm 2025

THƯ MỜI

Về việc mời cung cấp báo giá các mặt hàng thuốc
tại Nhà thuốc Bệnh viện Thận Hà Nội năm 2025

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

Hiện nay, Bệnh viện Thận Hà Nội đang có nhu cầu mua sắm một số thuốc bán tại Nhà thuốc Bệnh viện, căn cứ triển khai lựa chọn thuốc theo quy định tại Quy trình mua sắm, cung ứng thuốc tại Nhà thuốc Bệnh viện.

Để đảm bảo cung ứng đầy đủ, kịp thời và đúng quy định của pháp luật các thuốc phục vụ nhu cầu hoạt động khám chữa bệnh cũng như công tác điều trị theo yêu cầu tại Bệnh viện, Bệnh viện Thận Hà Nội kính mời các đơn vị có đủ năng lực kinh nghiệm cung cấp hồ sơ (theo biểu mẫu đính kèm) để Bệnh viện lựa chọn công ty cung ứng.

(Danh mục thuốc yêu cầu báo giá chi tiết tại Phụ lục 1)

Nơi tiếp nhận hồ sơ: Bộ phận Văn thư, Phòng Hành chính – Tổ chức; Bệnh viện Thận Hà Nội.

Địa chỉ: Số 70 Nguyễn Chí Thanh, Phường Láng, Thành phố Hà Nội

File điện tử gửi về địa chỉ Email: bvthnkhoaduoc@gmail.com.

Thời gian nhận hồ sơ: Từ ngày thông báo đến hết ngày 10/12/2025 (Thứ 4)

Mọi thắc mắc xin liên hệ: DS. Hoa; Điện thoại: 035.734.9418

Rất mong sự hợp tác từ Quý công ty.

Trân trọng thông báo! 

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu VT, HSMS_(Hoa).



Phan Tùng Linh

PHỤ LỤC 1
DANH MỤC THUỐC MỜI CHÀO GIÁ

(Kèm theo Thư mời chào giá số: 1954/TM-BVTH ngày 28 tháng 11 năm 2025 của Bệnh viện Thận Hà Nội)

1. Thuốc Generic

TT	Tên hoạt chất	Nhóm TCKT	Nồng độ, Hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Đơn vị tính	Ghi chú
1	Paracetamol	N1	500mg	Uống	Viên	Viên	
2	Paracetamol + tramadol	N1	325mg + 37,5mg	Uống	Viên	Viên	
3	Paracetamol + phenylephrin	N4	500mg + 10mg	Uống	Viên	Viên	
4	Clotrimazol	N5	1%	Dùng ngoài	Thuốc dùng ngoài	Tuýp	
5	Domperidon	N1	10mg	Uống	Viên	Viên	
6	Fusidic acid	N1	2% (w/w), 15g	Dùng ngoài	Thuốc dùng ngoài	Tuýp	
7	Fusidic acid + hydrocortison	N1	(20mg/g + 10mg/g), 15g	Dùng ngoài	Thuốc dùng ngoài	Tuýp	
8	Lyophilized Escherichia coli bacterial lysate	N1	6mg	Uống	Viên nang	Viên	
9	Sulpirid	N1	50mg	Uống	Viên	Viên	
10	Calci-3-methyl-2-oxoalerat+ Calci-4-methyl-2-oxoalerat+ Calci-2-oxo-3-phenylpropionat+ Calci-3-methyl-2-oxobutytrat+ Calci-DL-2-hydroxy-4-methylthiobutytrat+ L-lysin acetat+ L-threonin+ L-tryptophan + L-histidin + L-tyrosin	N2	67mg + 101mg + 68mg + 86mg + 59mg + 105mg + 53mg + 23mg + 38mg + 30mg	Uống	Viên	Viên	
11	Calci-3-methyl-2-oxoalerat+ Calci-4-methyl-2-oxoalerat+ Calci-2-oxo-3-phenylpropionat+ Calci-3-methyl-2-oxobutytrat+ Calci-DL-2-hydroxy-4-methylthiobutytrat+ L-lysin acetat+ L-threonin+ L-tryptophan + L-histidin + L-tyrosin	N4	67mg + 101mg + 68mg + 86mg + 59mg + 105mg + 53mg + 23mg + 38mg + 30mg	Uống	Viên	Viên	
12	Furosemid	N4	40mg	Uống	Viên	Viên	
13	Cinacalcet	N5	30mg	Uống	Viên	Viên	
14	Hyoscin butylbromid	N4	20mg/1ml	Tiêm	Thuốc tiêm	Lọ/ống	
	Tổng: 14 khoản						

PHỤ LỤC 1

DANH MỤC THUỐC MỜI CHÀO GIÁ

(Kèm theo Thư mời chào giá số: 4954 /TM-BVTH ngày 28 tháng 11 năm 2025 của Bệnh viện Thận Hà Nội)

2. Thuốc Biệt dược gốc

TT	Tên hoạt chất	Tên thuốc hoặc tương đương	Nồng độ, Hàm lượng	Đường dùng	Dạng bào chế	Đơn vị tính	Ghi chú
1	Tamsulosin hydroclorid	Harnal Ocas 0,4mg hoặc tương đương	0,4mg	Uống	Viên nén bao phim phóng thích chậm	Viên	
2	Gliclazide	Diamicron MR 60mg hoặc tương đương	60mg	Uống	Viên nén phóng thích có kiểm soát	Viên	
3	Mirabegron	Betmiga 50mg hoặc tương đương	50mg	Uống	Viên nén phóng thích kéo dài	Viên	
4	Diosmin + hesperidin	Daflon 500mg hoặc tương đương	450mg + 50mg	Uống	Viên nén bao phim	Viên	
5	Budesonid	Pulmicort Respules hoặc tương đương	500mcg/2ml	Đường hô hấp	Hỗn dịch khí dung dùng để hít	Ống	
6	Azithromycin	Zitromax hoặc tương đương	500 mg	Uống	Viên nén bao phim	Viên	
7	Desloratadine	Aerius hoặc tương đương	5mg	Uống	Viên nén bao phim	Viên	
8	Acid acetylsalicylic + Clopidogrel (dưới dạng Clopidogrel hydrogen sulphat)	Duoplavin hoặc tương đương	100mg + 75mg	Uống	Viên nén bao phim	Viên	
9	Clopidogrel base (dưới dạng Clopidogrel hydrogen sulphate 97,875mg)	Plavix 75mg hoặc tương đương	75mg	Uống	Viên nén bao phim	Viên	
Tổng: 09 khoản							

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày tháng năm

Kính gửi: Giám đốc Bệnh viện Thận Hà Nội

Tên doanh nghiệp:.....

Địa chỉ:.....

Điện thoại:.....

Email:.....

Người đại diện:.....Chức vụ:.....

Công ty xin gửi tới Quý Bệnh viện Hồ sơ báo giá thuốc cung ứng cho Nhà thuốc Bệnh viện Thận Hà Nội. Tất cả các hồ sơ mà Công ty gửi đến Bệnh viện là chính xác, đúng với Hồ sơ gốc còn hiệu lực. Nếu các cơ quan thanh tra kiểm tra phát hiện có sự giả mạo trong hồ sơ thì công ty chúng tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật.

Bộ hồ sơ bao gồm:

1.1. Bảng báo giá (Theo mẫu tại Phụ lục 4)

1.2. Hồ sơ pháp lý của công ty:

1. Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh (bản sao công chứng)
2. Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện kinh doanh dược có phạm vi phù hợp với sản phẩm tương ứng (bản sao công chứng)
3. Chứng chỉ hành nghề dược của người phụ trách chuyên môn (bản sao công chứng)
4. Giấy chứng nhận thực hành tốt bảo quản thuốc GSP (bản sao công chứng)
5. Giấy chứng nhận thực hành tốt phân phối thuốc GDP (bản sao công chứng)
6. Giấy chứng nhận thực hành tốt phân phối thuốc GMP (bản sao công chứng)
7. Bản cam kết về chất lượng hàng hóa, giá và cung ứng sản phẩm (phụ lục 3)

1.3. Hồ sơ sản phẩm (sắp xếp theo từng sản phẩm):

1. Giấy phép lưu hành sản phẩm/ quyết định cấp đăng ký lưu hành/ Công văn duy trì hiệu lực số đăng ký lưu hành. Trong trường hợp Giấy đăng ký lưu hành hết hiệu lực, đơn vị cung cấp thẻ kho hoặc cam kết số lượng cung ứng trong thời gian thực hiện hợp đồng.

2. Mẫu nhãn và hướng dẫn sử dụng bằng tiếng Việt Nam được Cục Quản lý dược đóng dấu hoặc cam kết của công ty sản xuất hoặc công ty đăng ký về việc Mẫu nhãn và hướng dẫn sử dụng phù hợp với hồ sơ đăng ký thuốc đã nộp lại tại Cục Quản lý Dược.

3. Quyết định trúng thầu hoặc hợp đồng trúng thầu tại các bệnh viện Trung ương, tuyến Tỉnh, Thành phố hoặc cơ sở y tế công lập tương đương khác thông qua đấu thầu rộng rãi hoặc theo Quyết định trúng thầu mua sắm tập trung trong thời gian còn hiệu lực tại thời điểm ký kết hợp đồng ít nhất là 03 tháng. Đối với các thuốc hiếm và thuốc mới theo quy định tại khoản 14 và khoản 30 Điều 2 Luật Dược số 105/2016/QH13 chưa có kết quả trúng thầu, cung cấp ít nhất 01 hóa đơn bán hàng tại 01 cơ sở y tế trong vòng 12 tháng.

4. Tờ khai hàng hóa nhập khẩu (thông quan) đối với thuốc nhập khẩu

5. Phiếu kiểm nghiệm thành phẩm trong vòng 12 tháng

6. Hóa đơn bán hàng cho cơ sở y tế khác.

7. Thông tin về kê khai giá (nếu có)

8. Thuyết minh ưu điểm sản phẩm so với các sản phẩm khác trên thị trường: về giá, dạng bào chế...(nếu có).

Các tài liệu do công ty cung cấp phải có dấu xác nhận của công ty, đồng thời chuẩn bị sẵn tài liệu gốc để phục vụ việc xác minh khi có yêu cầu của Bệnh viện.

Đại diện hợp pháp của doanh nghiệp

(Ký tên, đóng dấu)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày tháng năm

BẢN CAM KẾT

Tên doanh nghiệp:.....

Địa chỉ:.....

Điện thoại:.....

Email:.....

Người đại diện:.....Chức vụ:.....

Chúng tôi xin cam kết tới quý Bệnh viện như sau:

1. CAM KẾT ĐẢM BẢO CHẤT LƯỢNG HÀNG HÓA:

- Đảm bảo chất lượng, mẫu nhãn đúng như đã đăng ký với cơ quan có thẩm quyền.

- Đúng với nguồn gốc xuất xứ của hàng hoá về hãng sản xuất, nước sản xuất.

- Hạn sử dụng còn lại của thuốc tính đến thời điểm thuốc cung ứng cho Nhà thuốc bệnh viện phải bảo đảm tối thiểu 03 tháng đối với thuốc có hạn dùng từ 01 năm trở lên; 1/4 hạn dùng đối với thuốc có hạn dùng dưới 01 năm. Trong trường hợp hạn sử dụng của thuốc không đáp ứng yêu cầu nêu trên, để bảo đảm có thuốc phục vụ nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh, căn cứ tình hình thực tế, Chủ đầu tư quyết định hạn sử dụng còn lại của thuốc tính đến thời điểm thuốc cung ứng cho Nhà thuốc bệnh viện và phải đảm bảo còn hạn sử dụng khi sử dụng thuốc cho bệnh nhân.

- Cam kết thu hồi thuốc vô điều kiện kể cả khi hợp đồng chấm dứt nếu thuốc đã giao không đảm bảo tiêu chuẩn kỹ thuật như đã báo giá và ký hợp đồng, hoặc có thông báo thu hồi của cơ quan có thẩm quyền mà nguyên nhân không do lỗi của Bệnh viện và hoàn trả đầy đủ thuốc đảm bảo chất lượng cho Bệnh viện, tương ứng với số lượng thuốc đã thu hồi hoặc mua lại toàn bộ số hàng còn lại theo giá Công ty đã bán vào Nhà thuốc bệnh viện, đồng thời đền bù mọi chi phí có liên quan.

2. CAM KẾT VỀ GIÁ:

- Chúng tôi cam kết giá của (các) sản phẩm do công ty chúng tôi cung cấp cho nhà thuốc bệnh viện thấp hơn hoặc bằng giá đã công bố/kê khai với cơ quan nhà nước có thẩm quyền.

- Trong trường hợp điều chỉnh giảm giá công bố /kê khai bán buôn xuống thì chúng tôi sẽ điều chỉnh Giảm giá bán xuống thấp hơn hoặc bằng giá công bố/kê khai bán buôn mới.

- Cam kết tuân thủ các quy định của pháp luật về giá.

3. CAM KẾT VỀ CUNG ỨNG SẢN PHẨM:

- Cung ứng kịp thời, chính xác, đủ số lượng thuốc theo đơn đặt hàng của Nhà thuốc bệnh viện. Đáp ứng đầy đủ các yêu cầu về giao hàng, tiến độ và phạm vi cung cấp nêu trong báo giá.

- Chúng tôi cam kết chịu trách nhiệm thu hồi thuốc trong trường hợp hàng đã giao nhưng không đảm bảo chất lượng hoặc có thông báo thu hồi của cơ quan có thẩm quyền, đồng thời thay thế lô hàng khác cho các đơn vị y tế. Công ty cung cấp đầy đủ phiếu kiểm nghiệm cho từng lô hàng ở mỗi lần nhập.

- Trong suốt quá trình vận chuyển, giao nhận thuốc phải đảm bảo đúng các yêu cầu về điều kiện bảo quản ghi trên nhãn, theo các nguyên tắc GSP, GDP và các quy định về quản lý các thuốc có yêu cầu quản lý đặc biệt.

Cam kết có hiệu lực kể từ ngày ký. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn sự hợp tác của Quý Bệnh viện./.

Đại diện hợp pháp của doanh nghiệp

(Ký tên, đóng dấu)

Công ty.....

Phụ lục 4

BẢNG BÁO GIÁ

Đơn vị: Đồng

STT	Tên hoạt chất	Tên thuốc	Nồng độ hàm lượng	Dạng bào chế	Đường dùng	Quy cách	GĐKLH hoặc GPNK	Hãng, nước SX	Nhóm TCKT	ĐVT	Đơn giá (có VAT)	Kết quả trúng thầu trong vòng 12 tháng	Thông tin hợp đồng áp giá	Ghi chú
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)

- Ghi chú:**
- Số thứ tự từ (1) đến (12) ghi đầy đủ theo Giấy đăng ký lưu hành/ Giấy phép nhập khẩu hoặc thông tin trong hợp đồng áp giá.
 - (13) ghi số quyết định, ngày tháng năm, của cơ sở y tế trong vòng 12 tháng
 - (14) Ghi số hợp đồng, ngày tháng năm, đã ký giữa công ty và cơ sở y tế, thời gian thực hiện hợp đồng

....., ngày.... tháng..... năm 2025
Đại diện hợp pháp của Công ty
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)