

شماره:

تاریخ:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان

شبکه بهداشت و درمان شهرستان دورود

برگ استعلام سرد خانه مواد غذایی انبار

شرکت/بیمانکار/فروشگاه محترم:

با سلام و احترام

شبکه بهداشت و درمان دورود در نظر دارد کالا/خدمات ذیل را از طریق استعلام بهاء خریداری نماید، خواهشمند است نسبت به اعلام قیمت پیشنهادی خود با توجه به نکات زیر و حداکثر تا تاریخ ۹۵/۰۵/۰۵ آدرس: دورود-خیابان بهداری . واحد کاربرداری شبکه بهداشت و درمان دورود اقدام نمایند

الف: هرگونه خط خوردگی یا لاک گرفتگی در مبلغ پیشنهادی و یا عدم درج مهر و امضا باعث حذف از استعلام بها می گردد، مبلغ کل به حروف نوشته شود

ب: شبکه بهداشت و درمان دورود در رد یا قبول پیشنهادات دارای اختیار تام می باشد

ج: استعلام بها در یک پاکت در بسته ارسال شود و حتما روی پاکت، نام شرکت/بیمانکار یا فروشگاه پیشنهاد دهنده به همراه آدرس و شماره تلفن قید گردد

د: قیمت پیشنهادی حتما بایستی در فرم استعلام و در جای مورد نظر به ریال نوشته و الزاماً ستون قیمت واحد و قیمت کل و سطر جمع کل استعلام تکمیل گردد.

ه: کلیه کسور قانونی اعم از بیمه و مالیات و اجرت بارگیری حمل و تخلیه و انتقال به انبار به عهده بیمانکار / فروشگاه / شرکت می باشد

و: کلیه کالا ها و خدمات طبق استعلام از نوع درجه یک و مرغوب بوده و بایستی به تائید ناظرین و کارشناسان مربوطه (دانشگاه علوم پزشکی / شبکه) برسد

ز: چنانچه دارای گواهی ثبت نام در نظام مالیات بر ارزش افزوده هستید درصود قیمت مربوطه در پائین لیست و جدای از قیمت پیشنهادی اولیه لحاظ گردد

مهم: قیمت پیشنهادی به صورت کاملاً مقطوع بوده و حداکثر مهلت شروع به کار/انجام تعهدات پس از اعلام کتبی یا شفاهی به برنده استعلام، ۲ روز می باشد و در صورت عدم پیگیری در موعد مقرر، شبکه بهداشت میتواند نسبت به رد پیشنهاد برنده استعلام و تعیین جایگزین آن اقدام نماید.

اینجانب.....مدیر شرکت/بیمانکار/فروشگاه..... به آدرس:.....

و شماره تلفن.....پس از بازدید و مشاهده از محل ارائه کالا/خدمات در شبکه بهداشت و درمان دورود و پس از مطالعه و بررسی دقیق شرایط استعلام و آگاهی کامل از نحوه و کیفیت ارائه کالا/خدمات، قیمت پیشنهادی خود را به شرح زیر اعلام داشته و متعهد به انجام پیشنهاد می باشم.

ردیف	شرح و مشخصات کالا/خدمات مورد نیاز شبکه بهداشت دورود	مقدار		این قسمت توسط پیشنهاد دهنده تکمیل گردد	
		تعداد	واحد	قیمت واحد (ریال)	قیمت کل (ریال)
۱	کمپر سور ۵ اسب پیتنر المان	۱	دستگاه		
۲	اوپراتور زیر صفری ۵ اسب	۱	دستگاه		
۳	گندانسور زیر صفری ۷/۵ اسب	1	دستگاه		
۴	تابلو برق دیجیتال کامل	1	دستگاه		
۵	شیر انبساط دانفوس TEX2	1	عدد		
۶	سوزن شیر انبساط	1	عدد		
۷	سبایت گلاس دانفوس	1	عدد		
۸	شیر برقی دانفوس ۳/۸	1	عدد		
۹	فیلتر درایر دانفوس ۳/۸	۱	عدد		
۱۰	شیر دستی ۳/۸	۱	عدد		
۱۱	مایع شکن ۷/۸	۱	عدد		
۱۲	اویل سپراتور ۵/۸	1	عدد		
۱۳	تراپ منبسی ۷/۸	1	عدد		
۱۴	کنترل فشار بالا پایین کمپر سور دانفوس	1	عدد		
۱۵	لوله ساکشن ۷/۸	6	متر		
جمع کل بدون مالیات					

مهر و امضاء فروشنده کالا/خدمات

مهر و امضا کاربرداری

استعلام

شماره:

تاریخ:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان
شبکه بهداشت و درمان شهرستان دورود
برگ استعلام سرد خانه مواد غذایی انبار»

شرکت/پیمانکار/فروشگاه محترم:

با سلام و احترام

شبکه بهداشت و درمان دورود در نظر دارد کالا/خدمات ذیل را از طریق استعلام بهاء خریداری نماید، خواهشمند است نسبت به اعلام قیمت پیشنهادی خود با توجه به نکات زیر و حداکثر تا تاریخ ۹۵/۰۵/۲۵ به آدرس: دورود-خیابان بهداری . واحد کاربردازی شبکه بهداشت و درمان دورود اقدام نمایند
الف: هرگونه خط خوردگی یا لاک گرفتگی در مبلغ پیشنهادی و یا عدم درج مهر و امضا باعث حذف از استعلام بها می گردد، مبلغ کل به حروف نوشته شود
ب: شبکه بهداشت و درمان دورود در رد یا قبول پیشنهادات دارای اختیار تام می باشد
ج: استعلام بها در یک پاکت در بسته ارسال شود و حتما روی پاکت، نام شرکت/پیمانکار یا فروشگاه پیشنهاد دهنده به همراه آدرس و شماره تلفن قید گردد.
د: قیمت پیشنهادی حتما بایستی در فرم استعلام و در جای مورد نظر به ریال نوشته و الزاماً ستون قیمت واحد و قیمت کل و سطر جمع کل استعلام تکمیل گردد.
ه: کلیه کسور قانونی اعم از بیمه و مالیات و اجرت بارگیری حمل و تخلیه و انتقال به انبار به عهده پیمانکار / فروشگاه / شرکت می باشد
و: کلیه کالا ها و خدمات طبق استعلام از نوع درجه یک و مرغوب بوده و بایستی به تائید ناظرین و کارشناسان مربوطه (دانشگاه علوم پزشکی / شبکه) برسد
ز: چنانچه دارای گواهی ثبت نام در نظام مالیات بر ارزش افزوده هستید درصود قیمت مربوطه در پائین لیست و جدای از قیمت پیشنهادی اولیه لحاظ گردد
مهم: قیمت پیشنهادی به صورت کاملاً مقطوع بوده و حداکثر مهلت شروع به کار/انجام تعهدات پس از اعلام کتبی یا شفاهی به برنده استعلام، ۲ روز می باشد
و در صورت عدم پیگیری در موعد مقرر، شبکه بهداشت میتواند نسبت به رد پیشنهاد برنده استعلام و تعیین جایگزین آن اقدام نماید.
اینجانب..... مدیر شرکت/پیمانکار/فروشگاه به آدرس:.....

و شماره تلفن پس از بازدید و مشاهده از محل ارائه کالا/خدمات در شبکه بهداشت و درمان دورود و پس از مطالعه و بررسی دقیق شرایط استعلام و آگاهی کامل از نحوه و کیفیت ارائه کالا/خدمات، قیمت پیشنهادی خود را به شرح زیر اعلام داشته و متعهد به انجام پیشنهاد می باشم.

ردیف	شرح و مشخصات کالا/خدمات مورد نیاز شبکه بهداشت دورود	مقدار		این قسمت توسط پیشنهاد دهنده تکمیل گردد	
		تعداد	واحد	قیمت واحد (ریال)	قیمت کل (ریال)
۱۶	جمع صفحه اول				
۱۷	لوله خط مایع ۳/۸	1	کلاف		
۱۸	لوله رانش ۵/۸	3	عدد		
۱۹	گیج فشار	3	عدد		
۲۰	صفحه گیج شو دو سوراخ	1	عدد		
۲۱	مهره ۳/۸	10	عدد		
۲۲	مهره ۱/۴	5	عدد		
۲۳	مغزی برنجی ۱/۴*۱/۸	3	عدد		
۲۴	کنترل فن KP5	1	عدد		
۲۵	لرزه گیر ۷/۸	1	عدد		
۲۶	فریون ۲۲	1	عدد		
۲۷	لرزه ۵/۸	1	عدد		
۲۸	درب استاندارد	64	متر		
۲۹	ساندویچ پنل ۱۰ سانتی	64	متر		
۳۰	متعلقات نصب ساندویچ پنل				
جمع کل دو صفحه بدون مالیات بر ارزش افزوده (به حروف):					

مهر و امضاء فروشنده کالا/خدمات

مهر و امضا کاربردازی

تاریخ:

شبکه بهداشت و درمان شهرستان دورود

شرکت/پیمانکار/فروشگاه محترم:

با سلام واحترام

شبکه بهداشت و درمان دورود در نظر دارد کالا/خدمات ذیل را از طریق استعلام بهاء خریداری نماید، خواهشمند است نسبت به اعلام قیمت پیشنهادی خود با توجه به نکات زیر و حداکثر تا تاریخ ۹۵/۰۵/۲۵ به آدرس: دورود-خیابان بهداری . واحد کاربردازی شبکه بهداشت و درمان دورود اقدام نمایند

الف: هرگونه خط خوردگی یا لاک گرفتگی در مبلغ پیشنهادی و یا عدم درج مهر و امضا باعث حذف از استعلام بها می گردد، مبلغ کل به حروف نوشته شود

ب: شبکه بهداشت و درمان دورود در رد یا قبول پیشنهادات دارای اختیار تام می باشد

ج: استعلام بها در یک پاکت در بسته ارسال شود و حتما روی پاکت، نام شرکت/ایمنکار یا فروشگاه پیشنهاد دهنده به همراه آدرس و شماره تلفن قید گردد.

د: قیمت پیشنهادی حتما بایستی در فرم استعلام و در جای مورد نظر به ریال نوشته و الزاماً ستون قیمت واحد و قیمت کل و سطر جمع کل استعلام تکمیل گردد.

و: کلیه کسور قانونی اعم از بیمه و مالیات و اجرت بازرگانی حمل و تخلیه و انتقال به انبار به عهده پیمانکار / فروشگاه / شرکت می باشد
و: کلیه کالا ها و خدمات طبق استعلام از نوع درجه یک و مرغوب بوده و بایستی به تأیید ناظرین و کارشناسان مربوطه (دانشگاه علوم پزشکی / شبکه) برسد
ز: چنانچه دارای گواهی ثبت نام در نظام مالیات بر ارزش افزوده هستید درصد قیمت مربوطه در پائین لیست و جدای از قیمت پیشنهادی اولیه لحاظ گردد
مهم: قیمت پیشنهادی به صورت کاملاً مقطوع بوده و حداکثر مهلت شروع به کار/انجام تعهدات پس از اعلام کتبی یا شفاهی به برنده استعلام، ۳۰ روز می باشد
در صورت عدم پیگیری در موعد مقرر، شبکه بهداشت میتواند نسبت به رد پیشنهاد برنده استعلام و تعیین جایگزین آن اقدام نماید.

..... انتخاب مدیر شرکت / پیمانکار / فروشنده به آدرس:

و شماره تلفن پس از بازدید و مشاهده از محل ارائه کالا/خدمات در شبکه بهداشت و درمان دورود و پس از مطالعه و بررسی دقیق، شرایط، استعداد و آگاه، کاملاً از نحوه و کیفیت ارائه کالا/خدمات، قیمت پیشنهادی خود را به شرح زیر اعلام داشته و متعهد به انجام پیشنهاد می‌باشم.

[illegible]