

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان

شماره:

شبکه بهداشت و درمان شهرستان دورود

تاریخ:

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 ۰۵/۰۵/۹۵ آدرس: دورود-خیابان بهداشتی . واحد کارپردازی شبکه بهداشت و درمان دورود اقدام نمایند اف: هرگونه خط خوردگی یا لاس 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 تمام می باشد

ج: استعلام بها در یک پاکت در بسته ارسال شود و حتماً روی پاکت، نام شرکت/بیمانکار یا فروشگاه پیشنهاد دهنده به همراه آدرس و شماره تلفن قید گردد دقیمت پیشنهادی حتماً بایستی در فرم استعلام و در جای مورد نظر به ریال نوشته و الزاماً ستون قیمت واحد و سطر جمع کل استعلام تکمیل گردد.

ه: کلیه کسورت 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 تأیید ناظرین و کارشناسان مربوطه (دانشگاه علوم پزشکی / شبکه) بررسی چنانچه دارای گواهی ثبت نام در نظام مالیات بر ارزش افزوده هستید درصدو قیمت مربوطه در بانی لیست و جدای از قیمت پیشنهادی اولیه لحظه گردد مههم: قیمت پیشنهادی به صورت کاملاً مقطوع بوده و حداکثر مهلت شروع به کار/انجام تعهدات پس از اعلام کتبی یا شفاهی به برندۀ استعلام، ۲ روز می باشد و در صورت عدم پیگیری در موعد مقرر، شبکه بهداشت میتواند نسبت به رد پیشنهاد برندۀ 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 معهود به انجام پیشنهاد می باشم.

ردیف	شرح و مشخصات کالا/خدمات مورد نیاز شبکه بهداشت دورود	مقدار	تعداد	واحد	قیمت واحد(ریال)	این قسمت توسط پیشنهاد دهنده تکمیل گردد
۱	گمپر سور ۵ اسب بیتنر المان		۱	دستگاه		
۲	اوپر اتور زیر صفری ۵ اسب		۱	دستگاه		
۳	گندانسور زیر صفری ۵/۷ اسب		۱	دستگاه		
۴	تابلو برق دیجیتال کامل		۱	دستگاه		
۵	شیر انبساط دانفوس ۲		۱	عدد		
۶	سوزن شیر انبساط		۱	عدد		
۷	سایت گلاس دانفوس		۱	عدد		
۸	شیر برقی دانفوس ۳/۸		۱	عدد		
۹	فیلتر درایر دانفوس ۳/۸		۱	عدد		
۱۰	شیر دستی ۳/۸		۱	عدد		
۱۱	مايج شکن ۷/۸		۱	عدد		
۱۲	اویل سپترا تور ۵/۸		۱	عدد		
۱۳	تراب مسی ۷/۸		۱	عدد		
۱۴	کنترل فشار بالا ر پایین کمپر سور دانفوس		۱	عدد		
۱۵	لوله ساکشن ۷/۸	۶		متر		
جمع کل بدون مالیات						

مهر و امضاء فروشنده کالا/خدمات

مهر و امضاء کارپردازی

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 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 ۰۵/۲۵/۹۶ به آدرس: دورود- خیابان بهداشت . واحد کاربردازی شبکه بهداشت و درمان دورود اقدام نمایند الف: هرگونه خط خورده‌گی یا لک گرفتگی در مبلغ پیشنهادی و یا عدم درج مهر و امضا باعث حذف از استعلام بها می‌گردد، مبلغ کل به حروف نوشته شود ب: شبکه بهداشت و درمان دورود در رد با قبول پیشنهادات دارای اختیار تمام می‌باشد ج: استعلام بها در یک پاکت در بسته ارسال شود و حتماً روی پاکت، نام شرکت/بیمانکار یا فروشگاه پیشنهاد دهنده به همراه آدرس و شماره تلفن قید گردد د: قیمت پیشنهادی حتماً باقیستی در فرم استعلام و در جای مورد نظر به ریال نوشته و الزاماً ستون قیمت واحد و سطر جمع کل استعلام تکمیل گردد ه: کلیه کسورت قانونی اعم از بیمه و مالیات و اجرت بارگیری حمل و تخلیه و انتقال به اینار به عنوانه بیمانکار / فروشگاه / شبکه) بررسد و: کلیه کالا ها و خدمات طبق استعلام از نوع درجه یک و مرغوب بوده و باستی به تائید ناظرین و کارشناسان مربوطه(دانشگاه علوم پزشکی / شبکه) بررسد ز: چنانچه دارای گواهی نبیت نام در نظام مالیات بر ارزش افزوده هستید درصدو قیمت مربوطه در پانین لیست و جدای از قیمت پیشنهادی اولیه لحاظ گردد د: قیمت پیشنهادی به صورت کاملاً مقطوع بوده و حداکثر مهلت شروع به کار/ای GAM تعهدات پس از اعلام کتبی یا شفاهی به برند استعلام، ۳ روز می‌باشد مهمن: در صورت عدم پیگیری در موعد مقرر، شبکه بهداشت میتواند نسبت به رد پیشنهاد برند استعلام و تعین جایگزین آن اقدام نماید.

اینجانب..... مدیر شرکت/بیمانکار/فروشگاه به آدرس: پس از بازدید و مشاهده از محل ارائه کالا/خدمات در شبکه بهداشت و درمان دورود و پس از مطالعه و بررسی و شماره تلفن دقیق شرایط استعلام و آگاهی کامل از نحوه و کیفیت ارائه کالا/خدمات، قیمت پیشنهادی خود را به شرح زیر اعلام داشته و متنهد به انجام پیشنهاد می‌باشم.

ردیف	شرح و مشخصات کالا/خدمات مورد نیاز شبکه بهداشت دورود
۱۶	جمع صفحه اول
۱۷	لوله خط مایع ۳/۸
۱۸	لوله رانش ۵/۸
۱۹	گیج فشار
۲۰	صفحه گیج شو دو سوراخ
۲۱	مهره ۳/۸
۲۲	مهره ۱/۴
۲۳	مفری برنجی ۱/۸*۱/۴
۲۴	KP۵ کنترل فن
۲۵	لرزه گیر ۷/۸
۲۶	فریبون ۲۲
۲۷	لرزه ۵/۸
۲۸	درب استاندارد
۲۹	ساندویچ پنل ۱۰ اسانتی
۳۰	متعلقات نصب ساندویچ پنل
جمع کل دو صفحه بدون مالیات بر ارزش افزوده(به حروف):	

مهر و امضاء فروشنده کالا/خدمات

مهر و امضاء کارپردازی

شماره:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان

تاریخ:

شیکه پهداشت و درمان شهرستان دورود

برگ استعلام سرد خانه انبیار مواد غذایی»

شرکت/ییمانکار/فروشگاه محترم:

با سلام واحترام

شبکه بهداشت و درمان دورود در نظر دارد کالا/خدمات ذیل را از طریق استعلام بهاء خزینه‌داری 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 بهداشت و درمان دورود اقام نمایند الف:هرگونه خط خوردنی یا لاسک گرفتنی در مبلغ پیشنهادی و یا عدم درج مهر و امضای باعث حذف از استعلام بهاء می‌گردد، مبلغ کل به حروف نوشته شود ب:شبکه بهداشت و درمان، ۰۵۰ در دد با قیو، پیشنهادات دارای اختیار تام می‌باشد

ج: استعلام بیها در یک پاکت در پسته ارسال شود و حتما روی یاکت، نام شرکت/بیمانکار یا فروشگاه بیشنهاد دهنده به همراه آدرس و شماره تلفن قید گردد
د: قیمت بیشنهادی حتما باستی در فرم استعلام و در جای موردنظر بر رال نوشته و الاما سوتون قیمت واحد و قیمت کل و سطر جمع کل استعلام تکمیل

هـ: کلیه کسورت قانونی اعم از بیمه و مالیات و اجرت بارگیری حمل و تخلیه و انتقال به اینار 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 تأیید ناظرین و کارشناسان مربوطه (دانشگاه علوم پزشکی / شبکه) بررسد
ز: چنانچه دارای گواهی ثبت نام در نظام مالیات بر ارزش افزوده هستید درصد و قیمت مربوطه در پایین لیست و جدای از قیمت پیشنهادی اولیه لحاظ گردد
مهـ: قیمت پیشنهادی به صورت کاملا مقطوع بوده و حداقل مهلت شروع به کار/انجام تعهدات پس از اعلام کننی با شفاهی به برنده استعلام،^۳ 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/افروشگاه 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 شناسنامه کالا/خدمات قدمت خدمت اعلان داشته و متعهد به انجام شنبه‌نیاد می‌باشم.

تفصیل سرایط استعلام و این هی کمل از نموده و بیانیت از این داده است. این داده پیشنهادی مورد رای به شرکت ریز استادم داده و مسأله پرداخت شده است.			
ردیف	شرح و مشخصات کالا/خدمات مورد نیاز شبکه بهداشت دورود	مقدار	این قسمت توسط پیشنهاد دهنده تکمیل گردد
	جمع کل دو صفحه	واحد	قیمت کل(ریال)
۳۱			
۳۲	شلنگ گپی با متعلقات	دست	۱
۳۳	عایق لوله $1\frac{1}{2} \times 1\frac{1}{2}$	متر	۶
۳۴	اتصالات مسی	عدد	30
۳۵	کابل ها و روشنابی	سری	۱
توضیحات ۱ - حمل و نقل و نصب به عهده شرکت می باشد			
-۱	دست بردن در استعلام باعث لغو شرکت مذکور می باشد		
-۲	اشتباه در محاسبه به عهده شرکت می باشد		
-۳	ضمنا ابعاد سرد خانه $4\frac{1}{2} \times 4\frac{1}{2}$ با ارتفاع ۲ متر می باشد		
جمع کل سه صفحه بدون مالیات			