



بیمارستان ۵۴۰ شرق		فرم استعلام بهاء			
مبلغ کل به ریال	مبلغ جزء به ریال	مقدار تقریبی به عدد	واحد شمارش	شرح کالا/خدمات	ردیف
				نام کالا	
		۲۸۰۰۰	کیلوگرم	پرو فیل قوطی ۵/۲*۳۰*۶۰ کارخانه ای درجه ۱ ترجیحا شکفته	۱
	مبلغ کل (بدون ارزش افزوده)	مبلغ مالیات بر ارزش افزوده در صورت ارائه گواهی ارزش افزوده در فاکتور ارسالی توسط فروشنده اعمال و قابل پرداخت خواهد بود برنده حتی الامکان جهت دریافت مبلغ فاکتور شماره حساب بانک ملی را اعلام نماید برنده (حقوقی) مکلف به ثبت فاکتور در سامانه مودیان میباشد. ملاک واحد های اندازه گیری در فایل پیوست میباشد بدلیل شرایط فورس مازور پروژه فروشنده این کالا می بایست بومی شهر مشهد و یا استان خراسان رضوی باشد در غیر اینصورت مورد تایید نمیشد ارائه باسکول معتبر الزامیست. تحویل ۲۴ ساعت			

توضیحات

ملاک مشخصات فوق می باشد و سایر موارد مورد تایید نیست. فایل پیوست الزامات تکمیل و بصورت مهر و امضاء شده بارگذاری گردد. استعلام فاقد فایل پیوستی ابطال میگردد.

۱- کلیه هزینه های حمل و تخلیه بر عهده فروشنده می باشد

۲- محل تحویل کالا در محل پروژه مشهد میدان شهید عباسپور- ابتدای بلوار سرخس- بوار حر- حر ۱ می باشد و هیچ هزینه بابت حمل پرداخت نمی شود.

۳- تلفن تماس : ۰۹۱۵۵۲۴۶۳۹۵ نیرومند

نسخه ۱:

د، صد، تکه مجموع قیمت های، ح و ع کمت، ا، قیمت کا، نه ح و ف باشد مجموع قیمت های، ح و ع اعلام شده محاسبه می گردد.

نام شرکت:

آدرس:

تلفن:

مهر و امضاء