



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	
		۴۰۰۰	عدد	رول بولت رزوه دار سایز ۱۰ هیلنتی فیشر رولپلاک طلوع دارای گواهی اصالت و تاییدیه	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 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 تحويل کالا در محل پروژه مشهد نرسیده به میدان بار رضوی بلوار بصیرت روبروی بصیرت ۵ می باشد و هیچ هزینه بابت حمل پرداخت نمی شود.

۳- تلفن تماس : ۰۹۱۵۵۲۴۶۳۹۵ نیرومند

تبره ۱:

د، ص، تنگه مجموعه قیمت های، ح، ع، کمت، ا، قیمت کا، نه ح، ف، باشد مجموعه قیمت های، ح، ع، اعلام شده محاسبه می، گ، دد.

نام شرکت:

آدرس:

تلفن:

مهر و امضاء