



ویرایش دوم
تاریخ: 87/9/2
صفحه: 1 از 1

فرم استعلام بهای کتبی
شماره شناسایی: 74-FO-11

شماره درخواست:

شماره استعلام:

آقای / فروشگاه / شرکت:

آدرس:

تلفن فروشنده:

تاریخ تنظیم استعلام	1405/...../.....
مهلت تحویل کالا پس از اعلام نتیجه	7 روز کاری

ردیف	شرح کالا یا خدمات	مقدار مورد نیاز	بهای واحد	بهای کل	ارزش افزوده	مبلغ نهایی با ارزش افزوده
1	کاغذ وی پک اتوکلاو سایز 10	15 رول				
2	کاغذ وی پک اتوکلاو سایز 15	20 رول				
3	کاغذ وی پک اتوکلاو سایز 20	30 رول				
4	کاغذ وی پک اتوکلاو سایز 25	15 رول				
5	کاغذ وی پگ پلازما سایز 5	5 رول				
6	کاغذ وی پگ پلازما سایز 10	15 رول				
7	کاغذ وی پگ پلازما سایز 15	20 رول				
8	کاغذ وی پگ پلازما سایز 20	40 رول				

- 1- هزینه ارسال کالا تا درب بیمارستان یا مرجوع شدن کالا با تامین کننده می باشد.
- 2- پرداخت پس از ارسال کالا و ارائه فاکتور و ثبت در سامانه مودیان با کد شعبه مالیاتی 0522 به نام بیمارستان غرضی اصفهان، 6 ماه می باشد.
- 3- کد اقتصادی: 411111575635 | شناسه ملی: 14000261665 | کد پستی: 8196959969 | آدرس: خیابان کاوه، خ غرضی، بیمارستان غرضی
- 4- کالا دارای برچسب اصالت، تاریخ مصرف حداقل دو ساله باشد.
- 5- در صورت نامعتبر بودن برچسب اصالت یا عدم تایید کالای ارسالی با هزینه تامین کننده مرجوع می گردد.

مهر و امضاء فروشنده