



سازمان تأمین اجتماعی



بسمه تعالی

فرم استعلام بهاء

بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز

مدیریت درمان آذربایجان شرقی

« سال رونق تولید »

تاریخ: ۱۴۰۵/۰۳/

شماره:

پیوست:

مدیریت محترم شرکت / فروشگاه

با سلام

این بیمارستان در نظر دارد از طریق برگزاری استعلام بهاء، کیت آزمایشگاهی تاریخ بلند با مشخصات ذیل را خریداری نماید. مقتضی است حداقل قیمت پیشنهادی خود را طبق زمان بندی در سامانه تدارک الکترونیکی بارگذاری و ارائه قیمت نمایند. توجه: لطفاً مبلغ مالیات بر ارزش افزوده در قیمت پیشنهادی محاسبه نگردد و در صورت ارائه گواهی معتبر مبلغ مربوطه به همراه صورتحساب قطعی پرداخت خواهد شد.

R	مشخصات کالا/خدمات	مقدار	واحد شمارش	بهای واحد (ریال)	جمع (ریال)
۱	کیت TSH ۱۹۲ تستی	۲۵	کیت		
۲	کیت PSA ۹۶ تستی	۱۰	کیت		
۳	کیت فریتین ۹۶ تستی	۸	کیت		
۴	کیت free-PSA ۹۶ تستی	۸	کیت		
۵	کیت FT۴ ۹۶ تستی	۲۵	کیت		
۶	کیت T۳ ۹۶ تستی	۵	کیت		
۷	کیت CA ۱۲۵ ۹۶ تستی	۴	کیت		
۸	کیت T۴ ۹۶ تستی	۵	کیت		
۹	کیت FT۳ ۹۶ تستی	۷	کیت		
۱۰	کیت پروژسترون ۹۶ تستی	۵	کیت		
۱۱	کیت تستسترون ۹۶ تستی	۴	کیت		
۱۲	کیت DHEA-S ۹۶ تستی	۳	کیت		
۱۳	کیت CA ۱۹-۹ ۹۶ تستی	۳	کیت		
۱۴	کیت CEA ۹۶ تستی	۳	کیت		
۱۵	کیت LH ۹۶ تستی	۶	کیت		
۱۶	کیت FSH ۹۶ تستی	۸	کیت		
۱۷	کیت PROLACTIN ۹۶ تستی	۸	کیت		
۱۸	کیت استرادیول ۹۶ تستی	۳	کیت		
۱۹	کیت OH ۱۷ پروژسترون ۹۶ تستی	۳	کیت		
۲۰	کیت AFP ۹۶ تستی	۳	ویال		
۲۱	ویال PT PTT	۲	کارتن		
۲۲	کیت CMV IgM ۹۶ تستی	۱	کیت		
۲۳	کیت CA ۱۵-۳ ۹۶ تستی	۳	کیت		
۲۴	ظرف استول	۱۰۰۰۰	عدد		
	QC				

۲۵	لوله لخته ۵ میل کلات اکتیواتور غیر وکیوم	آوا	۱۲۰۰۰	عدد	
۲۶	لوله لخته ۵ میل ژل دار غیر وکیوم	آوا	۱۲۰۰۰	عدد	
۲۷	لوله سدیمان ۱,۶ میل غیر وکیوم	بیوک	۳۶۰۰	عدد	
۲۸	لام چینی ۳H	ایرانی	۲۰۰	بسته	
۲۹	محلول آنتی باکتریال اتوآنالیزور	میندری	۲	عدد	
۳۰	لوله ۱۰۰*۱۶ شفاف	ROHA	۲۵۰۰۰	عدد	
۳۱	محلول آنتی هیومن گلوبلین	بهار افشان	۵	ویال	
۳۲	لوله ۱۲*۷۵ شفاف	ROHA	۳۰۰۰۰	عدد	
۳۳	کاپ BT	QC	۲۰۰۰۰	عدد	
۳۴	کیت RUB IgG ۹۶ تستی	پیش‌تاز	۱	کیت	
۳۵	کیت HbsAg ۹۶ تستی	پیش‌تاز	۵	کیت	
۳۶	آنتی سرم گروه خونی A	سیناژن	۶۰	ویال	
۳۷	آنتی سرم گروه خونی B	سیناژن	۶۰	ویال	
۳۸	آنتی سرم گروه خونی D	سیناژن	۶۰	ویال	

توضیحات :

- خرید پس از تایید مراحل فوق توسط سوپروایزر آزمایشگاه خواهد بود.

- برای اعلام برنده در استعلام حداقل ۳ شرکت یا نفر الزامی است.

- مدت پرداخت حداکثر ۳ ماه می باشد.

- هزینه حمل به عهده فروشنده و محل تحویل آزمایشگاه بیمارستان ۲۹ بهمن می باشد.

- جهت هماهنگی با آقای یحیی سیدحسینی - سوپروایزر آزمایشگاه ۳۳۳۸۹۳۷۲ - ۰۴۱ تماس گرفته شود.

صحت استعلام بهاء را گواهی می نماید	نام و نام خانوادگی مسئول تدارکات :
نام و نام خانوادگی کارپرداز :	تاریخ :
امضاء	امضاء :

احتراماً اینجانب مدیر شرکت / فروشگاه تعهد می نمایم انجام خدمات/ تحویل کالای فوق را طبق شرایط مندرج و برنامه زمانی تعیین شده به مبلغ عددی ریال و به حروف ریال بصورت مقطوع تحویل نمایم و اعتبار قیمت پیشنهادی فوق از تاریخ لغایت می باشد.

آدرس دقیق پیشنهاد دهنده قیمت :

تلفن تماس ثابت : و همراه

کد ملی :

کد اقتصادی :

شناسه ملی :

نام و نام خانوادگی :

مهر و امضای پیشنهاد دهنده قیمت