

فروشگاه / شرکت:

خواهشمند است نازلترین نرخ پیشنهادی خود را بابت خرید **سرجی فیکس** طبق فرم و شرایط تائید شده توسط کارشناس ناظر این مرکز خانم/آقا **آقای نظام آبادی (۰۹۳۶۲۴۶۱۶۵۳)** با توجه به اسناد پیوست تعیین و امضاء نمائید و حداکثر ظرف مدت ۳ روز کاری مستندات مربوطه را طبق مقررات به سامانه تدارکات الکترونیک دولت ارسال نمائید.

ردیف	شرح	تعداد / مقدار	قیمت واحد (ریال)	قیمت کل (ریال)	IRC
۱	سرجی فیکس	۹۰۰۰ عدد			
جمع کل بدون احتساب مالیات ارزش افزوده					

نظارت بر انجام کلیه کارها بر عهده **واحد تجهیزات پزشکی** می باشد.

شرایط:

۱- الزام برگ استعلام و پیش فاکتور در مدارک پیوستی

۲- درج فی قیمت کالا و درج قیمت کل در سامانه الزامی می باشد

۳- ایرانکد مشابه

۴- ارائه IRC معتبر به مرکز

۵- پرداخت ۶ ماهه

۶- شرکت های تجهیزات و ملزومات پزشکی دارای نمایندگی توزیع در سامانه **Imed** باشند

۷- **لطفاً فاکتورهای خرید بیمارستان شهید باهنر کرمان با کد شعبه ۰۰۰۳ و شناسه ملی ۱۴۰۰۳۴۱۷۹۲۰ به نام دانشگاه علوم پزشکی کرمان می بایست در سامانه my.Tax.gov.ir ثبت گردد، لذا از ثبت فاکتور به شناسه ملی بیمارستان باهنر خودداری شود.**

۸- داشتن **برجسب اصالت کالا** برای هر یک از اقلام فاکتور **الزامی** می باشد. در صورت نداشتن بدواً کالا مرجوع و در مرحله بعدی در صورت عدم همکاری تامین کننده، هزینه کسورات از مطالبات شرکت یا فروشگاه مربوطه کسر می گردد.

۹- تحویل کالا پس از تائید در سامانه تدارکات، به مدت ۷ روز کاری می باشد.

۱۰- تاریخ انقضای کالا بیش از **یک سال** باشد.

۱۱- **هزینه تحویل** کالا به انبار مرکزی بیمارستان شهید باهنر کرمان توسط **تامین کننده** می باشد.

۱۲- **تحویل** کالا به انبار مرکزی بیمارستان شهید باهنر کرمان توسط **تامین کننده** می باشد.

۱۳- گذاشتن شرط توسط تامین کننده **ممنوع** می باشد.

۱۴- در صورت نیاز به کارشناسی بیشتر **نمونه** از تامین کننده اخذ می گردد.

۱۵- در صورتیکه کالای ارسالی با **نمونه مغایرت** داشته باشد کالا **مرجوع** میگردد.

تبصره: قیمت پیشنهادی می بایست بدون احتساب مالیات ارزش افزوده باشد. بدیهی است در صورتی از طریق مراجع ذیصلاح اعلام گردد که مالیات بر ارزش افزوده به موضوع فوق تعلق می گیرد. پس از ارائه گواهی ثبت نام مالیات ارزش افزوده قابل پرداخت خواهد بود.

توسط اینجانب آقای دین پژوه سمت مسئول تدارکات استعلام شد.

محل امضاء

رئیس / مدیر مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر

محل امضاء

کارپرداز / رئیس اداره تدارکات

اینجانب به آدرس

مدیر عامل شرکت / فروشگاه

نموده ام تصدیق می نمایم.

به شناسه ملی / کد اقتصادی

قیمت وسایل و لوازم که به شرح بالا تعیین



«برگ استعلام بهاء»

شماره:

تاریخ:

پیوست:

محل امضاء و مهر

شخص یا اشخاص ذیصلاح شرکت / فروشگاه