

فروشگاه / شرکت:

خواهشمند است نازلترین نرخ پیشنهادی خود را بابت خرید **محلل ضد عفونی کننده** طبق فرم و شرایط تأیید 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	سپتی سیدین CC ۵۰۰	۱۰۰۰ عدد			
۲	شامپو اسکراب CC ۱۵۰	۵۰۰ عدد			
۳	پمپ محلل نیم لیتری	۱۰۰ 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 lmed 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 برچسب اصالت کالا برای هر یک از اقلام فاکتور الزامی می باشد. در صورت نداشتن بدو کالا مرجوع و در مرحله بعدی در صورت عدم همکاری تأمین کننده، هزینه کسورات از مطالبات شرکت یا فروشگاه مربوطه کسر می گردد.

۹- تحویل کالا پس از تأیید 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 تأمین کننده می باشد.

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

۱۳- گذاشتن شرط توسط تأمین کننده ممنوع می باشد.

۱۴- در صورت نیاز به کارشناسی بیشتر نمونه از تأمین 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.



«برگ استعلام بهاء»

شماره :

تاریخ:

پیوست:

توسط اینجانب آقای دین پژوه سمت مسئول تدارکات استعلام شد.

محل امضاء

کارپرداز / رئیس اداره تدارکات

محل امضاء

رئیس / مدیر مرکز آموزشی درمانی شهید باهنر

اینجانب

به آدرس

مدیر عامل شرکت / فروشگاه

تعیین نموده ام تصدیق می نمایم.

به شناسه ملی / کد اقتصادی

قیمت وسایل و لوازم که به شرح بالا

محل امضاء و مهر

شخص یا اشخاص ذیصلاح شرکت / فروشگاه