فرم پیشنهاد قیمت **نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده : .....**

ردیف	نام مرکز مربوطه	تعداد نفر	بهای هر ماه	مدت خدمت	مبلغ کل سالیانه
۱	مرکز بهداشت شهرستان اردبیل و واحد های تابعه	۱		۱۲ ماه	

.

۱- شرکت کننده در استعلام در صورت پذیرش قیمت پیشنهادی، دراختیارمرکزبهداشت شهرستان اردبیل خواهد شد.

۲-مرکز بهداشت در، ردّ یا قبول پیشنهاد مختار می باشد و رانندگان شاغل ازاولویت برخوردارخواهند بود .

۳-هریک از شرکت کنندگان در ثبت قیمت و یا بارگذاری مدارک مرتکب اشتباه شود مردود خواهد بود .

۴-رعایت تمام موارد قید شده درآگهی شرایط و مطالعه دقیق مفاد آن از طرف پیشنهاد دهنده الزامی است .

۵- از این فرم (فرم پیشنهاد قیمت) یک برگ پرینت گرفته تکمیل نموده و بعد ازمهر و امضاء و درسامانه تدارکات بارگذاری شود .

۶-**شماره تلفن شرکت کننده** : .....

امضاء شرکت کننده