تاریخ .....

سازمان تأمین اجتماعی

مدیریت درمان استان آذربایجانغربی

بیمارستان امام رضا(ع)

شرایط عمومی برگ استعلام بهاء

شرایط عمومی استعلام بهائ اعلام نیاز : ((بیمارستان امام رضا(ع) ارومیه))

1- برنده استعلام بهاء اعلام نیاز متعهد میشود .درزمان معین شده از طرف ((بیمارستان امام رضا(ع) ارومیه))نسبت به تهیه ،تحویل واجرای موضوع اعلام نیاز اقدام نماید .

2- محل تحویل موضوع اعلام نیاز انبار بیمارستان امام رضا(ع) ارومیه میباشد.

3- ارائه کد اقتصادی ، شناسه ملی و کد پستی ده رقمی و شماره حساب واریزی وجه با کد شبا برای اشخاص حقوقی (شرکتها و....)وارائه کدملی وکدپستی و شماره حساب واریزی وجه با کد شبا وآدرس برای اشخاص حقیقی در فاکتور صادره الزامی میباشد.

4- در صورت مشمول هرگونه کسورات قانونی (بیمه، مالیات و ...) بعهده برنده استعلام بهاء میباشد.

5- شرکت کنندگان در استعلام بهاء میتوانند برای هماهنگی وهرگونه سوال فنی در مورد موضوع اعلام نیاز با کارشناس موضوع با شماره تماس..... آقای ..... وتدارکات بیمارستان امام رضا (ع) با شماره تماسهای **044-31982068-31982333** تماس حاصل نمایید.

6- شرکت کننده در استعلام بهاء اعلام نیاز رسماً اعلام مینماید که مشمول ممنوعیت مندرج در قانون منع مداخله مصوب **23** دیماه **1337** و اصلاحیه‌های بعدی آن نمیباشد.

7- هرگونه پرداخت منوط به تأیید کارشناس فنی خریدار/کارفرما (دستگاه نظارت) و کسر کسورات قانونی در وجه فروشنده/پیمانکار پرداخت خواهد شد.

8- مبلغ پیشنهاد شده بدون احتساب مالیات برارزش افزوده بوده که جهت دریافت مالیات وعوارض ارزش افزوده ارائه گواهی ثبت نام در نظام مالیاتی الزامی می باشد.

9- بارگذاری کلیه مستندات (شرایط عمومی استعلام بهاء ، برگ پیشنهاد قیمت، پیش فاکتور آنالیز شده با مهر امضاء شرکت) بعداز مهر وامضاء مجاز شرکت کننده ،در سامانه تدارکات الکترونیکی الزامی است .

10- مشاهده هرگونه مغایرت کیفی در فرایند خرید (از زمان تحویل تا مصرف نهائی)بعهده تامین کننده میباشد.

11- معامله اعلام نیاز انجام شده ،طبق آئین نامه معاملاتی سازمان تامین اجتماعی میباشد.

آدرس: شهرستان ارومیه - خیابان مولوی- بیمارستان امام رضا (ع) –کد پستی **571964311** نمابر **044-33652676**

مامورخرید: **تامین کننده :**

نام نام خانوادگی **امضاء** **نام نام خانوادگی** **امضاء**