

بسمه تعالی

"برگه استعلام قیمت"

- ۱- **عنوان استعلام:** خرید ، حمل و تحویل تجهیزات پزشکی و کیت های آزمایشگاهی طبق لیست پیوست
- ۲- **خریدار:** دانشگاه علوم پزشکی کاشان معاونت درمان
- ۳- **شرکت یا فروشنده:** باید دارای ثبت رسمی و مجوز فعالیت از اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت و مهر استاندارد از موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران باشد . (تصاویر مدارک پیوست گردد).
- ۴- مبلغ مندرج در برگه استعلام شامل هزینه های ناشی از تهیه، حمل و تحویل تجهیزات در محل مورد نظر خریدار(کاشان) انبار تجهیزات معاونت درمان با احتساب کلیه کسورات قانونی و همچنین مالیات بر ارزش افزوده می باشد. جزییات قیمت پیشنهادی باید به تفکیک در پیش فاکتور ذکر شود.
- ۵- مدت اعتبار پیشنهادها حداقل یک هفته خواهد بود.
- ۶- کلیه کسورات قانونی(اعم از مالیات، عوارض و سایر مواد) ناشی از قرارداد به عهده برنده استعلام می باشد.
- ۷- خریدار مبلغ کل فاکتور را پس از تحویل و رسید انبار و تنظیم اسناد حسابداری به فروشنده پرداخت خواهد نمود. تاخیر در پرداخت نباید موجب وقفه برای انجام تعهدات فروشنده گردد.
- ۸- فروشنده و عوامل ایشان نباید مشمول قانون منع مداخله کارکنان در معاملات دولتی گردند.
- ۹- هرگونه قلم خوردگی و یا اضافه نمودن شرطی در متن برگه استعلام موجب بطلان آن می شود.
- ۱۰- فروشنده باید مبلغ ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال بابت سپرده شرکت در استعلام به شماره حساب ۹۰۶۷۳ نزد بانک رفاه مرکزی کاشان بنام دانشگاه علوم پزشکی کاشان واریز و فیش آن را ضمیمه برگه استعلام نماید.
- ۱۱- تمام مشخصات تجهیزات و کیت های آزمایشگاهی در پیش فاکتور درج گردد.
- ۱۲- شرکت یا فروشنده باید برگه استعلام را به همراه سایر مدارک درخواستی مهر و امضا نموده و در پاکت لاک و مهر شده قرار داده و حداکثر تا پایان وقت اداری روز ۱۹ آذر ماه ۱۳۹۹ تحویل دبیرخانه معاونت درمان به نشانی کاشان، خیابان بهشتی، روبروی سپاه، معاونت درمان نموده و رسید دریافت نماید. در صورت اقدام از طریق پست، تاریخ وصول مدارک ملاک عمل خواهد بود.

- ۱۳- چنانچه شرکت نماینده انحصاری تجهیزات مربوطه می باشد باید مدارک آن را ضمیمه نماید.
- ۱۴- مدت زمان برای تهیه، حمل و تحویل تجهیزات حداکثر ۱۰ روز پس از اعلام برنده ها می باشد.
- ۱۵- به ازای هر روز تاخیر فروشنده در تحویل تجهیزات، روزانه معادل پنج هزارم مبلغ کل استعلام بعنوان جریمه تاخیر کسر می گردد.
- ۱۶- مبلغ پیشنهادی شرکت طبق پیش فاکتور پیوست به شماره مورخ با احتساب کلیه هزینه و کسورات قانونی (مالیات بر ارزش افزوده و غیره) معادل ریال، بحروف اعلام می گردد.
- جزئیات قیمت ها باید در لیست پیوست درج گردد.
- ۱۷- آدرس شرکت به نشانی
- شماره تماس دور نگار و صاحبان امضا مجاز طبق آخرین آگهی تغییرات شرکت (تصویر پیوست) آقا/خانم بعنوان می باشد.
- ۱۸- در صورت هرگونه سوال یا ابهام پیرامون استعلام با شماره تلفن ۵۵۴۵۲۱۸۸-۰۳۱ تماس حاصل نموده و یا از طریق دورنگار بشماره ۵۵۴۶۳۳۹۸-۰۳۱ مکاتبه نمایید.
- ۱۹- کلیه صفحات شرایط استعلام و پیوست ها با آن باید به مهر و امضا شرکت برسد.
- ۲۰- شرکت باید نماینده رسمی شرکت (وارد کننده/تولید کننده) در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی باشد.
- ۲۱- قید کد IMED اقلام الزامی است .

خریدار
سرپرست معاون درمان
دکتر محمد حاجی جعفری

مدیر امور مالی معلونت درمان
لیلا چاکری

فروشنده
مهر و امضا شرکت