بسمه تعالی

استعلام بهاء اجاره بهاء محل داروخانه های سرپائی بیمارستان امام خمینی (ره) و مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستائی شبکه بهداشت ودرمان پلدشت در سال 1399

مدیریت / ریاست محترم : به آدرس : تلفن : تلفکس: لطفا" قیمت پیشنهادی رابرای اجاره بهاء محل داروخانه سرپائی بیمارستان امام خمینی (ره) با مشخصات ذیل مرقوم و مهر و امضاء نمایید.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | محل مورد اجاره | مبلغ اجاره ماهانه | مبلغ اجاره سالانه | مبلغ اجاره سالانه به حروف | توضیحات |
| 1 | داروخانه سرپایی بیمارستان امام خمینی (ره) |  |  |  |  |

1. اشخاص حقوقی شرکت کننده باید دارای شناسه ملی باشند و درصورت عدم داشتن شناسه ملی از دور استعلام بهاء کنار کذاشته خواهند شد. لطفا" شناسه ملی شرکت یا فروشگاه را دراین قسمت مرقوم فرمایید. شناسه ملی :
2. پیشنهاد ات دارای هر گونه خط خوردگی ، لاک گیری و تیغ زنی مورد قبول نبوده و از دوراستعلام خارج خواهد گردید.
3. **این شرکت/اینجانب مشمول قانون منع مداخله کارکنان دولتی در معاملات دولتی مصوب دی ماه 1337 نمی باشد/نمی باشم.و تعهد می نمایم در صورت برنده شدن تا پایان قرارداد از افراد مشمول این قانون استفاده نکنم. این بند حتما" دقیقا" مطالعه گردیده و مهر و امضاء شود.**
4. قبل از ارائه پیشنهاد قیمت، بازدید از محل مورد اجاره استعلام بهاء بیمارستان امام خمینی ( ره) و مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستائی پلدشت الزامی می باشد.
5. برنده استعلام داروخانه سرپایی بیمارستان امام خمینی (ره) پلدشت باید بصورت تجمیعی داروخانه های مراکز خدمات جامع سلامت مرکز بهداشت این شهرستان را براساس قیمت پایه اجاره محل داروخانه های اعلام شده توسط کارشناسان محترم خبره دانشگاه قراداد ببندد.
6. کلیه اوراق تسلیمی باید با امضاء مقام صلاحیت دار در اساسنامه شرکت که حق امضاء دارد باشد و پاکات تسلیمی باید بصورت لاک مهر شده تحویل این شبکه گردد.
7. متقاضیان شرکت در استعلام باید قبل از ارائه مدارک از کمسیون ماده 20 امور داروخانه های دانشگاه صلاحیت شرکت در واگذاری را اخذ ودرپاکت جداگانه ای تحویل نمایند.
8. سایر جزییات در قرارداد قید خواهد شد.
9. مهلت ارایه پیشنهاد قیمت تا پایان وقت اداری تا ساعت 12:30 مورخ 06/ 03 /1399 باشد.
10. تاریخ بازگشایی استعلام بهاء در ساعت 13:30 مورخ 07/03/1399 خواهد بود.
11. استعلام ها را پس از تکمیل و بصورت مهر شده حضورا"به واحد حراست شبکه بهداشت و درمان پلدشت واقع در بلوار صنم بلاغی مجتمع اداری شهرستان پلدشت طبقه سوم تحویل نمایید.
12. برنده استعلام به مدت 7 روز کاری بایستی نسبت به عقد قرارداد و سپردن وجه تضمین بانکی طبق آئین نامه تضمینات اقدام نماید.
13. در صورت داشتن هرگونه سئوال د رخصوص موضوع استعلام مزبور با شماره تلفن : 04434286320 تماس حاصل فرمایید.
14. لطفا" استعلام را پس از تک*م*یل به صورت حضوری یا ترجیحا "با پست پیشتاز و در صورت ارسال با اتوبوس بین شهری با قبض انبارارسال نمایید.
15. قیمت های اعلامی توسط استعلام پذیر به عدد و حروف نوشته شده و درصورت ناخوانا بودن حروف مورد تائید خواهد بود.
16. استعلام را حضورا" به آدرس : آذربایجان غربی – شهرستان پلدشت ؛ بلوار صنم بلاغی مجتمع اداری ؛ طبقه سوم شبکه بهداشت ودرمان پلدشت دبیرخانه واحد حراست تحویل نمایید.

* شماره تلفن تماس : 34286320-044

مهر و امضاء داروخانه مهرو امضاء واگذار کننده

دکتر شاهی محسن جلیل زاده توحید حبیب زاده

رئیس بیمارستان امام خمینی (ره) رئیس مرکز بهداشت مسئول حراست

ارسلان کریمی حسین علیزادگان

مسئول امور مالی مسئول امور قراردادهای شبکه

دکتر رحیم زاده جهانداری

سرپرست شبکه بهداشت و درمان پلدشت