



سازمان تأمین اجتماعی
بیمارستان دکتر غرضی اصفهان

بیمارستان دکتر غرضی اصفهان
دارنده گواهینامه ISO 9001 : 2000

باسمه تعالی

فرم استعلام بهای کتبی

شماره شناسایی : 74-FO-11

ویرایش دوم

تاریخ: ۸۷/۹/۲

صفحه: ۱ از ۱

شماره درخواست : ۵۰۶۱

شماره استعلام: ۱۰۰۵۰۰۶۶۰۱۰۰۱۰۲۳

آقای / فروشگاه / شرکت:
آدرس:
تلفن فروشنده:
تلفن همراه:

تاریخ تنظیم استعلام	۱۴۰۵/۰۵/۱۸
مهلت تحویل استعلام	۳ روز
مهلت تحویل کالا	۲ روز
پس از اعلام نتیجه	

**خواهشمند است ضمن دقت در مطالعه و تکمیل فرم بهای پیشنهادی خود
را اعلام نمائید. این فرم باید در مدارک پیوستی بارگذاری گردد.**

ردیف	شرح کالا یا خدمات	مقدار مورد نیاز	بهای واحد	جمع کل
۱	پرده سبز کروماکی ضد چروک	۱ عدد		
	پایه استند فون پرتابل قوی با کیف یا کرکره ای سقفی	۱ عدد		
	نور ثابت سافت M3Pics مدل ۱۵ لامپ (هر سافت باکس شامل ۵ لامپ و کلید)	۳ عدد		
	پایه بوم	۱ عدد		
	کیسه شن	۱ عدد		
	پایه نور قوی با قابلیت تنظیم ارتفاع از ۱ تا ۲٫۶ متر	۳ عدد		
	لامپ LED بدون نویز و فلیکر	۱۵ عدد		
	کیف مخصوص برای حمل تمامی وسایل	۱ عدد		

توضیحات خریدار:	توضیحات فروشنده:
هزینه حمل، ارسال نمونه و مرجوع نمودن بر عهده تأمین کننده پرداخت ۶ ماهه	

نام مهر و امضاء فروشنده:

نام و امضاء کارپرداز:

نمبر: ۳۴۵۱۹۹۱۰

تلفن: ۳۴۵۱۵۹۲۴

آدرس: خیابان کاوه - بعد از سه راه ملک شهر - خیابان غرضی - بیمارستان دکتر غرضی