



سازمان تأمین اجتماعی



بسمه تعالی

فرم استعلام بهاء

بیمارستان ۲۹ بهمن تبریز

مدیریت درمان آذربایجان شرقی

« سال رونق تولید »

تاریخ ۱۴۰۵/۰۵/۱۹

شماره :

پیوست:

مدیریت محترم شرکت / فروشگاه

با سلام

این بیمارستان در نظر دارد از طریق برگزاری استعلام بهاء، کیت آزمایشگاهی تاریخ بلند با مشخصات ذیل را خریداری نماید. مقتضی است حداقل قیمت پیشنهادی خود را طبق زمان بندی در سامانه تدارک الکترونیکی بارگذاری و ارائه قیمت نمایند. توجه: لطفاً مبلغ مالیات بر ارزش افزوده در قیمت پیشنهادی محاسبه نگردد و در صورت ارائه گواهی معتبر مبلغ مربوطه به همراه صورتحساب قطعی پرداخت خواهد شد.

R	مشخصات کالا/خدمات	مقدار	واحد شمارش	بهای واحد (ریال)	جمع (ریال)
۱	محیط کشت مولر هینتون آگار	۲۲۰	پلیت		
۲	محیط کشت مولر هینتون حاوی خون گوسفند	۴۰	پلیت		
۳	محیط کشت بلاد آگار ۳ خانه ۸ سانتی	۲۳۰	پلیت		
۴	محیط کشت بلاد آگار ۶ سانتی	۱۲۰	پلیت		
۵	محیط کشت EMB ۳ خانه	۲۳۰	پلیت		
۶	محیط کشت EMB ۶ سانتی	۱۷۰	پلیت		
۷	محیط کشت شکلات آگار ۶ سانتی	۱۵۰	پلیت		
۸	محیط کشت SS agar ۸ سانتی	۸۰	پلیت		
۹	محیط کشت XLD ۸ سانتی	۸۰	پلیت		
۱۰	محیط KIA	۳۰	عدد		
۱۱	محیط سیمون سیترات	۳۰	عدد		
۱۲	محیط SIM	۳۰	عدد		
۱۳	محیط MR-VP	۳۰	عدد		
۱۴	محیط اوره آز	۳۰	عدد		
۱۵	سلنیت F	۱۰	عدد		
۱۶	تیوگلیکولات	۲۰	عدد		
۱۷	دیسک نووبیوسین	۴	ویال		
۱۸	دیسک اپتوجین	۱	ویال		
۱۹	تست اکسیداز	۴	ویال		
۲۰	بتا کاستی کات آف ۲۵	۲۰۰۰	تست		
۲۱	کاست fob	۱۵۰۰	تست		
۲۲	ایزوتون من	۲۰۰	گالن		
۲۳	لایز من	۵۰	بطری		
۲۴	خون کنترل هماتولوژی	۱۵	ویال		
۲۵	کیت RPR	۲	کیت		

۲۶	کیت CRP	دلتا درمان	۱۰	کیت	
۲۷	ویال CBC-K ^۳	اروم تجهیز	۳۰۰۰۰	ویال	
۲۸	کیت G ^۱ PD	SABA	۵	کیت	
۲۹	نوار ادرار	آسالب	۵۰	بسته	
۳۰	آنتی سرم گروه خونی سری کامل A) B- D)	سیناژن	۵۰	سری کامل	تاریخ بلند

توضیحات :

- خرید پس از تایید مراحل فوق توسط سوپروایزر آزمایشگاه خواهد بود.
- برای اعلام برنده در استعلام حداقل ۳ شرکت یا نفر الزامی است.
- مدت پرداخت حداکثر ۳ ماه می باشد.
- هزینه حمل به عهده فروشنده و محل تحویل آزمایشگاه بیمارستان ۲۹ بهمن می باشد.
- جهت هماهنگی با آقای یحیی سیدحسینی - سوپروایزر آزمایشگاه ۳۳۳۸۹۳۷۲ - ۰۴۱ تماس گرفته شود.

صحت استعلام بهاء را گواهی می نماید	نام و نام خانوادگی مسئول تدارکات :
نام و نام خانوادگی کاربردار :	تاریخ :
امضاء	امضاء :

احتراماً اینجانب مدیر شرکت / فروشگاه تعهد می نمایم انجام خدمات/تحویل کالای فوق را طبق شرایط مندرج و برنامه زمانی تعیین شده به مبلغ عددی ریال و به حروف ریال بصورت مقطوع تحویل نمایم و اعتبار قیمت پیشنهادی فوق از تاریخ لغایت می باشد.

آدرس دقیق پیشنهاد دهنده قیمت :

تلفن تماس ثابت : و همراه

کد ملی :

کد اقتصادی :

شناسه ملی :

نام و نام خانوادگی :

مهر و امضای پیشنهاد دهنده قیمت

تبریز - بلوار ۲۹ بهمن بیمارستان ۲۹ بهمن - تلفن ۳۳۳۰۷۰۰۰ - کد پستی : ۵۱۶۶۶۱۷۸۹۴