

ویرایش دوم  
تاریخ: ۸۷/۹/۲  
صفحه: ۱ از ۱۱

با اسمه تعالیٰ  
فرم استعلام بهای کتبی  
شماره شناسایی: 74-FO-11



بیمارستان دکتر غرضی اصفهان  
دارنده گواهینامه ۲۰۰۰ : ISO 9001

شماره درخواست: شماره استعلام:

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

۱۴۰۳/۰۲/۰۶	تاریخ تنظیم استعلام
۱۴۰۲/۰۲/۱۰	مهلت تحويل استعلام
	مهلت تحويل کالا پس از اعلام نتیجه

**خواهشمند است ضمن دقیقت در مطالعه و تکمیل فرم بهای پیشنهادی خود را اعلام نماید.**

ردیف	شرح کالا یا خدمات	تعداد	واحد	بهای واحد	بهای کل
۱	ایترامیل(پودر مکمل غذایی) استاندارد	۴۰۸	قوطی		
۲	ایترامیل(پودر مکمل غذایی) پر پروتئین	۴۰۸	قوطی		
۳	ایترامیل(پودر مکمل غذایی) دیابتی	۱۳۲	قوطی		
۴	ایترامیل(پودر مکمل غذایی) اطفال	۹۶	قوطی		
۵	ایترامیل(پودر مکمل غذایی) پر فیبر	۲۴	قوطی		
جمع کل:		۱۴۰۸	قوطی	۴۰۸	ارسال نمونه حداقل ۳ روز و ارسال کل کالا ۱۴ روز انجام گیرد.

پیشنهاد فروشنده جهت تحويل کالا یا ارائه خدمات:

توضیحات خریدار:  
هزینه حمل و نقل تا بیمارستان بعهده فروشنده می باشد. پرداخت پس از  
تحویل کالا و فاکتور ۴ الی ۵ ماهه، پروانه ساخت و شماره بهره برداری  
الزامی  
**جهت هرگونه سوال فنی تماس با شماره ۰۳۱۳۴۹۱۲۳۶۶**

نام مهر و امضاء فروشنده:

نام و امضاء کارپرداز: