دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
شهید صدوقی یزد
معاونت بهداشتی

فرم استعلام خرید کالا

ردیف	شرح کالا یا خدمات	سازنده/ برند درخواستی	تعداد	واحد	فی	قیمت – ریال
۱	تست فیت کامل fob	ایران	۲۰۰۰۰	عدد		
۲	**********	******	*****	***		
۳	**********	******	****	*****		
	مالیات بر ارزش افزوده ۹٪					
	جمع کل:					

۱	لطفا از اضافه یا کم نمودن مطلبی از جدول فوق خودداری و صرفاً قیمت کالاهای خواسته شده را درج نمایید و از هر گونه مخدوش نمودن فرم خودداری شود.
۲	کمیته بررسی استعلام با توجه به بهاء و کیفیت در مورد انتخاب یک یا چند مورد از اقلام در خواستی مختار می باشد.در صورت عدم کیفیت لازم براساس مستندات کارشناسان مربوطه کالا عودت داده خواهد شد وتامین کننده موظف به تامین کالای با کیفیت با هزینه خود در اسرع وقت خواهد بود
۳	کلیه اقلام طبق استعلام باید در یک مرحله به همراه فاکتور تحویل واحد انبار معاونت بهداشتی گردد. بدیهی در صورت مغایرت با اقلام ذکر شده فاکتور باطل می باشد و تامین اقلام ذکر شده توسط تامین کننده الزامی است.
۴	در صورت اضافه شدن مالیات بر ارزش افزوده الزامادر برگ استعلام قید گردد.
۵	شرایط پرداخت به صورت نقدی ۲۰ (بیست)روز بعد از تحویل و تاییدکالا توسط کارشناس مربوطه پرداخت از طریق واحد حسابداری صورت میگیرد و کلیه مسائل مربوط به پرداخت به عهده واحد حسابداری می باشد. اگر شرکتهای شرکت کننده در استعلام سوالی بیشتر بابت پرداخت و تسویه حساب دارند با واحد حسابداری معاونت بهداشتی ۰۳۵۳۶۲۳۹۹۶۴ تماس حاصل فرمایند.
۶	کالای فوق باید از برندهای شناخته شده ؛تولید داخل ؛دارای گارانتی یکساله ؛استاندارد و مجوز های لازم را نیز داشته باشند.تامین کنندگان باید دارای تاییدیه و مجوز تولید وثبت در اداره کل تجهیزات پزشکی وزارتخانه باشند و به تایید کارشناس تجهیزات پزشکی این معاونت برسد در غیر اینصورت استعلام شرکت تامین کننده ابطال می گردد.
۷	حتما در موقع نرخ گذاری **نوع برند** مربوط به هرکدام از اقلام فوق ذکر گردد.
۸	شرکت ها باید در استان یزد دارای نمایندگی مجاز باشند
۹	هزینه حمل بر عهده فروشنده می باشد .
۱۰	پیش فاکتور با سربرگ شرکت و تعیین برند الزامی می باشد. در غیر اینصورت استعلام تامین کننده ابطال می گردد.