

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود

معاونت توسعه مدیریت و منابع

فرم پیشنهاد قیمت

مناقصه عمومی یک مرحله ای خرید خدمات دستیار دندانپزشک در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده شهرستان های شاهرود و میامی از بخش غیر دولتی

الف (مشخصات شرکت کنندگان در مناقصه :

اشخاص حقیقی	اشخاص حقوقی
۱- نام و نام خانوادگی :	۱- نام شرکت یا موسسه :
۲- نام پدر :	۲- شماره ثبت :
۳- شماره شناسنامه :	۳- محل ثبت :
۴- تاریخ و محل تولد :	۴- تاریخ ثبت :
۵- کد ملی :	۵- شناسه ملی :
۶- آدرس :	۶- آدرس شرکت یا موسسه :
۷- تلفن تماس :	۷- تلفن شرکت :
ب: قیمت پیشنهادی :	
شرح	مبلغ به ریال
قیمت پیشنهادی ماهیانه از قرار هر k	به عدد: به حروف:
قیمت پیشنهادی سالیانه از قرار هر k	به عدد: به حروف:
ج: مبلغ تضمین شرکت در مناقصه: ریال	
د: شماره فیش و یا ضمانت نامه بانکی تضمین شرکت در مناقصه:	
بدینوسیله اینجانب..... دارای کد ملی..... نماینده /مدیرعامل شرکت..... ضمن اطلاع و آگاهی کامل از شرایط مناقصه و مفاد نمونه قرارداد و دریافت اسناد مناقصه و قبول کلیه شرایط مندرج در آن ،پیشنهاد قیمت خود را جهت خرید خدمات دستیار دندانپزشک در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده شهرستان های شاهرود و میامی از بخش غیر دولتی اعلام و موارد مذکور را تایید می نمایم.	
تاریخ	امضاء مجازو مهر شرکت