

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان آذربایجان غربی

شبکه بهداشت و درمان شوط

واگذاری امحاء پسماند دارویی بیمارستان شهداء شوط

( دور سوم )

شبکه بهداشت و درمان شوط در نظر دارد واگذاری **امحاء پسماند دارویی** بیمارستان شهداء شوط اختیار پیمانکار واجد شرایط ( شرکت ها ، افراد دارای پروانه کسب و مجوزهای بهداشتی که دارای سابقه و تجربه ی کافی در این رابطه هستند ) قرار دهد . متقاضیان می توانند ضمن بازدید از محل،اسناد خود را از سایت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به آدرس <http://www.shout.umsu.ac.ir> دانلود و پس از مطالعه دقیق و تکمیل آن،تا ساعت 13:00 تاریخ 17 /10/1403 به آدرس: شوط - خیابان امام –روبروی مدرسه نهضت - ستاد شبکه بهداشت و درمان شوط - واحد حراست تحویل نمایند.

**" روابط عمومی شبکه بهداشت و درمان شهرستان شوط "**

بسمه تعالی

فرم درخواست و پیشنهاد قیمت جهت شرکت در استعلام واگذاری **امحاء پسماند دارویی** بیمارستان شهداء شوط

شرایط لازم :

1. دارا بودن پروانه کسب صنفی معتبر و مرتبط یا شرکت ثبت شده معتبر -گواهی سازمان محیط زیست –گواهی صلاحیت ایمنی -گواهی معتبر از شهرداری –گواهی صلاحیت از اداره کار
2. ارائه کارت سلامت بهداشتی بعد از برنده شدن برای انجام فعالیت .
3. متعهد به کلیه شرایط قرارداد و امضاء پیش نویس آن
4. اخذ تاییدیه صلاحیت از حراست اداره بعد از برنده شدن
5. ارایه عدم سوء پیشینه کیفری بعد از برنده شدن

*اینجانب ....................................................متعهد می شوم با آگاهی از کلیه شرایط استعلام و مطالعه کامل قرارداد فی مابین و آگاهی از محل و موضوع قرارداد درخواست و قیمت پیشنهادی خود را جهت شرکت در استعلام اعلام نموده و بعد از برنده شدن ملزم به اجرای آنها می باشم* .

قیمت پیشنهادی :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| قیمت پیشنهادی  "ماهیانه" | به عدد : |  |
| به حروف : |  |
| قیمت پیشنهادی  "سالیانه" | به عدد : |  |
| به حروف : |  |
| توجه مهم : کلیه قیمتها به ریال و بدون هرگونه قلم خوردگی نوشته شود . | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| مشخصات استعلام دهنده : | | | |
| نام : |  | نام خانوادگی : |  |
| نام پدر : |  | شماره ملی : |  |
| شماره تلفن ثابت : |  | شماره تلفن همراه : |  |
| آدرس : |  | | |

نام و نام خانوادگی :

اثر انگشت و امضاء استعلام شونده

مدارکی که باید در پاکت های **(الف و ب )** استعلام موجود باشد :

پاکت الف)

1. پروانه کسب معتبر و مرتبط یا اساسنامه معتبر شرکت .
2. یک نسخه کامل پیش نویس قرارداد اجاره که تمام نسخ آن توسط استعلام شونده امضاء و تایید شده باشد .

پاکت ب )

1. تکمیل شده همین برگ ( فرم درخواست و پیشنهاد قیمت )

مدارک فوق در یک پاکت در بسته و امضاء شده گذاشته شود و تا آخر وقت اداری 17 /10/1403 به آدرس : شوط - شبکه بهداشت و درمان شوط – واحد حراست تحویل گردد .

حتما در جلد پاکت عنوان " مربوط به استعلام واگذاری امحاء پسماند دارویی بیمارستان شهداء شوط " قید گردد