بسمه تعالی

متقاضیان محترم استعلام مرکز جدید کاهش آسیب DIC ضمن مراجعه به واحد تدارکات مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه واقع در خیابان قصرشیرین ( نقلیه )، بالاتر از بیمارستان امام خمینی (ره)، برگه ی نحوه واگذاری را به همراه پاکت شرکت در استعلام دریافت و بصورت کامل مطالعه نمایند و مبلغ پیشنهادی خود را تا پایان وقت اداری روز پنج شنبه مورخه 21/05/1395 به واحد حراست مرکز بهداشت شهرستان کرمانشاه تحویل دهند.

ضمن اینکه به پیشنهادات رسیده بعد از تاریخ مذکور ترتیب اثر داده نخواهد شد.

نام موسسه/ شرکت/ سازمان غیر دولتی: ..........................................

مبلغ پیشنهادی به ریال: ..........................................

اینجانب .......................................... شرح آگهی واگذاری مرکز کاهش آسیب را مطالعه و ضمن قبول کردن تمامی بندهای آن متقاضی شرکت در استعلام در تاریخ ........................ می باشم.

محل امضاء