شرکت خدمات بهداشتی ودرمانی اصفهان
بیمارستان تخصصی خانواده

# فرم استعلام بهاء

شماره درخواست :
نام مامورخرید :
تاریخ صدور: ۱۳۹۹/۴/۲۵
تاریخ تحویل :

شرکت / فروشگاه :
آدرس : ............................................................................................ تلفن : ............

احتراماً با توجه به اینکه این شرکت درنظر دارد کالا مندرج درجدول زیررا خریداری نماید ، لذا خواهشمند است درصورتیکه آمادگی فروش را دارید پیشنهاد قیمت خود را حداکثرظرف مدت یک هفته به شرکت ارسال فرمایید.

| **ردیف** | **شرح** | **مشخصات** | **تعداد** | **بهای واحد /ریال** | **قیمت کل / ریال** |
|---|---|---|---|---|---|
| ۱ | اسکوپ آندوسکوپی | سری ۶۰۰ و ۵۰۰ برند فوجی | ۱ عدد | | |
| ۲ | اسکوپ کولونسکوپی | سری ۶۰۰ و ۵۰۰ برند فوجی | ۱ عدد | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

جمع مبلغ کل

مبلغ کل به حروف ..........................................................................................