



پزشکان سینای سمنان
بیمارستان سینا

بسمه تعالی

شماره: ۱۱۱/۱۴۰۲/۱۱۰۵-پ س

تاریخ: ۱۴۰۲/۶/۱۱

پیوست: دارد

شرایط عمومی و فرم شرکت در مزایده بیمارستان سینا به منظور واگذاری (اجاره محل) جهت بوفه و کافی شاپ

اینجانب..... فرزند به کدملی صادره از به آدرس..... و تلفن ثابت..... و تلفن همراه..... ضمن بازدید و اطلاع کامل از موضوع مزایده (واگذاری (اجاره محل) جهت بوفه و کافی شاپ در قسمت بیرونی بیمارستان) و کمیت و کیفیت آن و قبول کلیه شرایط مندرج در برگ آگهی و شرایط مزایده، آمادگی خود را جهت شرکت در مزایده مذکور را اعلام می دارم.

شرایط مزایده

۱- واریز نقدی به میزان **بیست درصد قیمت پیشنهادی** بعنوان سپرده شرکت در مزایده به حساب شماره ۵۸۹۴۶۳۷۰۰۰۱۰۴۰۰۷ بنام شرکت پزشکان سینا سمنان نزد بانک رفاه و ارائه فیش رسید واریزی به پیوست مدارک اعلامی در پاکت درخواست شرکت در مزایده به واحد دبیرخانه بیمارستان.

۲- متقاضی متعهد می گردد، ضمن تکمیل نمودن فرم فوق الذکر، رقم پیشنهادی را به حروف و عدد درج و فرم مذکور را منضم به سند واریز وجه موضوع بند ۱ در پاکت در بسته حداکثر تا پایان وقت اداری روز دوشنبه مورخ ۱۴۰۲/۶/۲۰ مستقیماً به واحد دبیرخانه بیمارستان به نشانی: سمنان - بلوار شهید کیومرث نوری - بیمارستان سینا طبقه سوم تحویل نماید.

۳- به پیشنهاداتی که بعد از تاریخ مندرج در بند ۲ واصل گردد ترتیب اثر داده نخواهد شد.

۴- به پیشنهادات مشروط، مبهم و فاقد امضاء و یا فاقد رسید واریز وجه موضوع بند ۱ ترتیب اثر داده نخواهد شد. قیمت پیشنهادی می بایست به صورت کاملاً خوانا و بدون خط خوردگی باشد.

۵- مورد مزایده به کسی که بالاترین قیمت را پیشنهاد داده و واجد شرایط و مدارک درخواستی باشد واگذار خواهد شد.

۶- در صورتیکه قیمت پیشنهادی شرکت کنندگان در مزایده یکسان باشد اولویت با متقاضی خواهد بود که زودتر نسبت به واریز مبلغ موضوع بند ۱ اقدام نموده است.

۷- بیمارستان در قبول و یا رد هر یک یا تمام پیشنهادات مختار می باشد و پیشنهاد دهنده هرگونه اعتراض در این خصوص را از خود سلب می نماید.

۸- شرکت در مزایده و ارائه پیشنهاد به منزله قبول شروط اعلام شده می باشد.

۹- در صورتی که برنده مزایده به هر دلیل از تاریخ اعلام نتیجه مزایده (اعم از پیامک یا تماس تلفنی)، ظرف **پنج روز** نسبت به حضور در بیمارستان و امضاء قرار داد و سپردن تضمین حسن انجام تعهدات اقدام ننماید، سپرده وی به نفع بیمارستان ضبط می شود و مراتب به شخصی که پیشنهاد او در اولویت دوم قرار دارد ابلاغ می گردد. اگر نفر دوم نیز ظرف مدت مذکور نسبت به حضور در بیمارستان و امضاء قرار داد و سپردن تضمین حسن انجام تعهد اقدام نکند سپرده نفر دوم هم ضبط و مزایده عندالزوم تجدید و یا به نفر بعد واگذار خواهد شد.



پزشکان سینا سمنان
بیمارستان سینا

بسمه تعالی

شماره: ۱۱۱/۱۴۰۲/۱۱۰۵- پ س

تاریخ: ۱۴۰۲/۶/۱۱

پیوست: دارد

۱۰- سپرده های نفر اول و دوم برنده مزایده تا عقد قرارداد و ارائه تضمین حسن انجام تعهد نگهداری خواهد شد و در صورت عقد قرارداد با نفر اول مزایده سپرده نفر اول و سایر شرکت کنندگان مسترد خواهد شد.

۱۱- بازدید از مورد مزایده با هماهنگی قبلی در آدرس سمنان - بلوار شهید کیومرث نوروزی - بیمارستان سینا (شماره تماس ۲۰۶۰-۳۱۳۵-۰۲۳) امکان پذیر خواهد بود.

۱۲- با توجه به نشانی اعلام شده در فرم درخواست شرکت کنندگان در مزایده هرگونه ابلاغ به نشانی اعلام شده معتبر خواهد بود و در صورت تغییر، متقاضیان می بایست فوراً بیمارستان را مطلع نمایند در غیر اینصورت مسئولیت آن بعهده متقاضی می باشد.

۱۳- متقاضی شرکت در مزایده متعهد به ایفاء کامل تعهدات مصرح در قرارداد فی مابین و ارائه ضمانت نامه های مندرج در قرارداد می باشد.

۱۴- مدت واگذاری (اجاره) موضوع مزایده به مدت یکسال از تاریخ انعقاد قرارداد می باشد .

۱۵- برنده استعلام باید صلاحیت فنی انجام موضوع استعلام را داشته باشد.

۱۶- قیمت پایه اجاره بهاء **ماهانه ۸۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال (معادل هشت میلیون و پانصد هزار تومان)** می باشد.

۱۷- سایر شرایط و ضوابط مربوط به موضوع مزایده و ارائه تضمین حسن انجام تعهدات حسب مفاد قرارداد می باشد. (متقاضی می تواند با مراجعه به واحد حقوقی بیمارستان از مفاد قرارداد اطلاع یابد)

۱۸- متقاضی شرکت در مزایده ملزم به ارائه مدارک ذیل بهمراه پاکت قیمت پیشنهادی می باشد بدیهی است در صورت نقص مدارک به درخواست متقاضی هیچ گونه ترتیب اثری داده نخواهد شد. (ارائه اصل مدارک در زمان انعقاد قرارداد الزامی می باشد)

الف: تصویر کارت ملی

ب: تصویر مجوزهای مربوطه جهت انجام موضوع مزایده اعم از جواز کسب و..

ج: تصویر رزومه کاری مرتبط (در صورت داشتن رزومه)

۱۹- کلیه پیشنهادات حداکثر ۵ روز پس از پایان مهلت برگزاری مزایده در دفتر مدیریت بیمارستان بصورت غیر حضوری بازگشایی و نتایج اعلام خواهد شد.

نام و نام خانوادگی متقاضی

امضاء و تاریخ