



پزشکان سینای سمنان
بیمارستان سینا

بسمه تعالی

شماره: ۱۴۰۵/۲
تاریخ: ۱۴۰۵/۲/۱۴
پیوست: ندارد

فرم پیشنهاد قیمت مزایده اجاره داروخانه بیمارستان سینا سمنان

اینجانب.....فرزند.....باکدملی.....ص.....اداره از.....ب.....ه نشانی.....
و تلفن.....با آگهی.....
کامل از شرایط مزایده و رویت و بازدید محل داروخانه، قیمت پیشنهادی خود را به شرح ذیل اعلام می نمایم:

جدول شرح مشخصات واحدهای تجاری جهت داروخانه سرپایی

رد یف	نشانی محل	نوع کاربری	متراژ	قیمت پایه اجاره ماهانه (ریال)	مبلغ سپرده شرکت در مزایده	قیمت پیشنهادی ماهانه به عدد (ریال)	قیمت پیشنهادی ماهانه به حروف (ریال)
۱	ضلع شمالی خارج بیمارستان	داروخانه سرپایی	۳۶ متر	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال بعلاوه مبلغ رهن یکساله ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	۲۰٪ قیمت پیشنهادی	پایه: رهن:	پایه: رهن:

امضاء و اثر انگشت پیشنهاد دهنده

تاریخ: