**مدیر محترم امور پشتیبانی و تأمین تجهیزات پزشکی**

**با سلام و احترام**

**با توجه به درخواست برگزاری شرایط استعلام یا تمدید قرارداد خرید خدمات ...........................................................این شبکه/ مرکز و اخذ مجوز مربوطه، به استحضار می رساند پس از بررسی موضوع و نیروی انسانی مورد نیاز و با هدف استفاده بهینه از ساختمان و امکانات موجود و تأیید عدم تأثیر نامطلوب بر فعالیت­ها و وظایف مستمر این واحد، اطلاعات مورد نیاز به منظور تعیین حداکثر قیمت پایه خرید خدمات واحد مورد اشاره به شرح زیراعلام می­گردد.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1- اطلاعات عمومی** | | | | | | | |
| **نوع خدمات در موضوع واگذاری :** | | | | **تاریخ شروع قرارداد جدید مطابق با شرایط استعلام/تمدید قرارداد :**  **تاریخ خاتمه قرارداد جدید مطابق با شرایط استعلام/تمدید قرارداد :** | | | |
| **دلایل توجیهی جهت درخواست واگذاری :** | | | | | | | |
| **وضعیت فعلی محل مورد واگذاری فعال🞏 غیرفعال🞏** | | | | **حد نصاب معاملات: کلان🞏 متوسط🞏 کوچک🞏** | | | |
| **میانگین تعداد مراجعین ماهیانه:** | | | | **تعداد روز کاری در ماه : .................... روز** | | | |
| **میانگین تعداد ویزیت ماهیانه(مربوط به 6 ماهه اخیر):**  **بیمه ای:....... آزاد:........** | | | | **میانگین تعداد نسخ ماهیانه(مربوط به 6 ماهه اخیر):**  **بیمه ای:....... آزاد:........** | | | |
| **میانگین تعداد خدمات ارائه شده ماهیانه (مانند تزریقات،گچ گیری،وصل سرم،EKG ،بخیه،پانسمان و ...)(مربوط به 6 ماهه اخیر): بیمه ای:....... آزاد:........** | | | | | | | |
| **واحدهای فعال که خدمات مشابه ارائه می­دهند :**  **🞏 دولتی/ تعاونی، فاصله تا محل موضوع واگذاری................. متر**  **🞏 خصوصی، فاصله تا محل موضوع واگذاری............. متر** | | | | | | | |
| **تعداد تخت مصوب مرکز: تعداد تخت فعال مرکز:**  **ضریب اشغال تخت مرکز:** | | | | | | | |
| **تعداد روزهای ملاقات مرکز در یک هفته:..................** | | | | **ساعت کار محل مورد اجاره: 8 ساعت🞏 16 ساعت🞏 24 ساعت🞏** | | | |
| **لیست تجهیزات، تأسیسات و امکانات موردنیاز جهت اجرای موضوع قرارداد:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **ردیف** | **نام** | **مارک و مدل** | **تعداد** | **تأمین­کننده** | | **1** |  |  |  | **مرکز🞏 پیمانکار🞏** | | **2** |  |  |  | **مرکز🞏 پیمانکار🞏** | | **3** |  |  |  | **مرکز🞏 پیمانکار🞏** | | | | | | | | |
| **نام سایر خدمات آن شبکه/ مرکز که به صورت خریدخدمات به بخش خصوصی واگذار شده است را ذکر نمایید.** | | | | | | | |
| **2- اطلاعات اختصاصی** | | | | | | | |
| **1-2- اطلاعات مالی قراردادهای سال های گذشته (ماهیانه)** | | | | | | | |
| **مبلغ قرارداد**  **یک سال قبل: ................................. ریال از تاریخ................. لغایت.............. قرارداد🞏 تمدید🞏**  **قیمت پایه کارشناسی:.................... ریال**  **دو سال قبل:.................................... ریال از تاریخ................. لغایت................. قرارداد🞏 تمدید🞏**  **قیمت پایه کارشناسی:.................... ریال**  **سه سال قبل:.................................... ریال از تاریخ................. لغایت................. قرارداد🞏 تمدید🞏**  **قیمت پایه کارشناسی:.................... ریال** | | | | | | | |
| **2-2- حدود برآورد مجموع هزینه­ها که بر عهده پیمانکار می باشد(ماهیانه)** | | | | | | | |
| **1-2-2- هزینه نیروی انسانی** | | | | | | | |
| **عناوین شغلی** | | **تعداد مورد نیاز** | | | | | **جمع حقوق و مزایا** |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
|  | |  | | | | |  |
| **سایر هزینه های مرتبط با نیروی انسانی: ..................................... ریال** | | | | | | | |
| **جمع هزینه نیروی انسانی(ماهیانه): ............................................ ریال** | | | | | | | |
| **2-2-2- هزینه های مرتبط با تجهیزات و پشتیبانی** | | | | | | | |
| **هزینه تجهیزات مصرفی اداری** | | | | **..................................... ریال** | | | |
| **هزینه تجهیزات مصرفی پزشکی** | | | | **..................................... ریال** | | | |
| **هزینه تعمیر و نگهداشت تجهیزات و ساختمان** | | | | **..................................... ریال** | | | |
| **هزینه استهلاک دستگاه ها و تجهیزات سرمایه ای مستاجر** | | | | **..................................... ریال** | | | |
| **سایر هزینه های مرتبط با تجهیزات و پشتیبانی:** | | | | **..................................... ریال** | | | |
| **جمع هزینه تجهیزات و پشتیبانی(ماهیانه): ............................................ ریال** | | | | | | | |
| **جمع کل هزینه ها (ماهیانه): ....................................................... ریال** | | | | | | | |
| **3-2- حدود برآورد مجموع درآمدها (ماهیانه):** | | | | | | | |
| **میانگین درآمد ماهیانه (آزاد)(بیماران سرپایی و بستری)** | | | | **..................................... ریال** | | | |
| **میانگین درآمد ماهیانه بیماران سرپایی (فرانشیز)** | | | | **..................................... ریال** | | | |
| **میانگین درآمد ماهیانه بیماران سرپایی (بیمه)** | | | | **..................................... ریال** | | | |
| **میانگین درآمد ماهیانه بیماران بستری (فرانشیز)** | | | | **..................................... ریال** | | | |
| **میانگین درآمد ماهیانه بیماران بستری (بیمه)** | | | | **..................................... ریال** | | | |
| **جمع کل درآمدها(ماهیانه): ....................................................... ریال** | | | | | | | |
| **اختلاف جمع کل درآمدها و هزینه ها: ....................................................... ریال** | | | | | | | |
| **4-2- پیشنهاد مسئولین مرکز جهت میزان خرید خدمات ماهیانه:............................................. ریال** | | | | | | | |
|  |  | | | | |
| **مهر و امضا امور مالی واحد** | | | **مهر و امضا امور عمومی واحد** | | **مهر و امضا رییس / مدیر واحد** | | |
| **نام و نام خانوادگی** | | | **نام و نام خانوادگی** | | **نام و نام خانوادگی** | | |
| **تاریخ** | | | **تاریخ** | | **تاریخ** | | |

|  |
| --- |
| **مهر و امضا ناظر مرتبط با قرارداد** |
| **نام و نام خانوادگی** |
| **تاریخ** |