**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** |