**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 ، اطلاعات مورد نیاز به منظور تعیین حداکثر قیمت پایه خریدخدمات قرارداد مورد اشاره به شرح زیراعلام می­گردد.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1- اطلاعات عمومی** | | | | |
| **تاریخ شروع قرارداد جدید مطابق با شرایط استعلام/تمدید :**  **تاریخ خاتمه قرارداد جدید مطابق با شرایط استعلام/تمدید :** | | | | |
| **دلایل توجیهی جهت درخواست واگذاری :** | | | | |
| **تعداد تخت مصوب مرکز: تعداد تخت فعال مرکز:**  **ضریب اشغال تخت مرکز:** | | | | |
| **وضعیت فعلی خدمت مورد واگذاری: فعال🞏 غیرفعال🞏** | | | **حد نصاب معاملات: کلان🞏 متوسط🞏 کوچک🞏** | |
| **واحد حجم موضوع قرارداد: کیلوگرم🞏 سرویس🞏** | | | **حداکثرحجم موضوع قرارداد ماهیانه:**  **........ سرویس یا .......... کیلوگرم** | |
| **نوع خودرو جهت جمع آوری و انتقال:** | | | **تعداد نیروی انسانی موردنیاز(تحت پوشش پیمانکار):** | |
| **نام سایر خدمات آن مرکز که به صورت خرید خدمات به بخش خصوصی واگذار شده است را ذکر نمایید.** | | | | |
| **2- اطلاعات اختصاصی** | | | | |
| **1-2- اطلاعات مالی قراردادهای سال های گذشته(کیلوگرم یا سرویس)** | | | | |
| **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-اطلاعات مربوط به حمل و انتقال پسماندهای پزشکی بیمارستان ها** | | | | |
| **تعداد دفعات انتقال درماه:............................** | | **مسافت مرکز تا محل تخلیه بار(کوهپایه):......................کیلومتر** | | |
| **مراکز شهر اصفهان دسترسی به بزرگراه دارند؟ بله🞏 خیر🞏** | | | | |
| **3-2- اطلاعات مربوط به جمع آوری،حمل و انتقال پسماندهای پزشکی شبکه ها/مراکز بهداشت شماره 1 و 2 اصفهان** | | | | |
| **نام مراکز/خانه بهداشت های تحت پوشش** | **وزن پسماند در ماه(کیلوگرم)** | | | **تعداد دفعات جمع آوری درماه** |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| **جمع وزن پسماند در ماه(کیلوگرم):..........................** | | | | |
| **میانگین مسافت طی شده جهت هر بار جمع آوری و انتقال تا محل تخلیه بار(کیلومتر): ...................................** | | | | |
| **4-2- پیشنهاد مسئولین مرکز جهت میزان خریدخدمات(بر اساس کیلوگرم یا سرویس):............................................. 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** |