

טופס הרשמה למכרז

מס' מכרז: _____

שם המכרז: _____

פרטי המבקש להשתתף במכרז:

	שם המציע
	מס' ע.מ./ח.פ.
	כתובת משרד (רשום)
	טלפון נייד:
	טלפון נייד:
	פקס:
	דוא"ל למשלוח תשובות לשאלות הבהרה וכל הודעה ו/או עדכון בנוגע למכרז:
	איש הקשר למכרז:
	תפקיד איש הקשר:

נא לשלוח את טופס ההרשמה המלא לדוא"ל שכתובתו : he_mizrahi@rambam.health.gov.il
תוך ציון נושא הפנייה ומס' המכרז.