

תאריך: 21/03/2023

כ"ח/אדר/תשפ"ג



משרד הבריאות
לשכת הבריאות המחוזית מחוז הצפון
وزارة الصحة
قسم الصحة لواء الشمال

מחלקת רכש ולוגיסטיקה
Department Purchasing
& Logistics
إدارة المشتريات واللوجستيات

בקשה להגשת הצעת מחיר עבור תיק כתום לתחנות לבריאות המשפחה

מכרז פומבי H52-139

לכבוד: _____ כתובת: _____ טלפון נייד _____
מספר עוסק מורשה _____ טלפון: _____ פקס: _____
הנכם מוזמנים בזה להגיש בחלק ב' של טופס זה, הצעת מחיר לביצוע.
חלק א'

1. תנאים להשתתפות במכרז והגשת מסמכים חובה:
 - א. מפרט כולל רשימת הדרישות לביצוע העבודות מצ"ב.
 - ב. נוסח אחיד להגשת הצעה ותנאים לביצוע.
 - ג. להיות בעל האישורים הנדרשים לפי כללי עיסקאות גופים ציבוריים (אכיפת ניהול חשבונות ותשלומים חובת מספר תשנ"ו 1976. (חובה לצרף).
 - ד. אישור ניהול ספרים בתוקף. (חובה לצרף).
 - ה. אישור על ניהול מס במקור בתוקף. (חובה לצרף).
 - ו. התחייבות לעמידה בכל הדרישות בהצעה.
 - ז. האספקה תבוצע לפי דרישה והמצאת הזמנה מכל נפה. והחלוקה ישירות לנפה המזמינה.

את ההצעות יש להעביר במעטפות סגורות ללא לוגו עם מס' המכרז בלבד, ללשכת הבריאות מחוז הצפון, לפני הכנסתן לתיבת המכרזים הנמצאת במשרדנו-משרד הבריאות מחוז צפון, בבניין לב העסקים רחוב המלאכה 1 נוף הגליל קומה 4, יש להחתים נציג ממחלקת הגזברות בחותמת המאשרת את קבלת המעטפה.
מעטפה שתימצא בתיבת המכרזים ללא החותמת הנ"ל תיפסל.
באחריות המציע לדאוג להכנסת ההצעה לתיבת המכרזים לאחר החתימה.

שעה: 14:00

2. המועד האחרון להגשת ההצעות נקבע לתאריך: 23.04.2023

3. ביצוע העבודה בהתאם לסיכום בין הצדדים.

4. הצעה שתגיע לאחר המועד הנ"ל תיפסל.

5. כל שינוי או תוספת שייעשו במסמכי המכרז המצורפים בזה או כל הסתייגות לגביהם בין ע"י תוספת בגוף המסמכים ובין במכתב לוואי או בכל דרך אחרת, לא יובאו בחשבון בעת דיון על ההצעה, ואף עלולים לגרום לפסילתה.



מרכז בנא"ם מחוזי

תורג'מן יוסי

התפקיד

שם מלא



חלק ב'

פרטי ההצעה- (טורים ימולאו ע"י המזמין , טור 3 ימולא ע"י המציע):

מס' סעיף	תיאור הפריט	יחידת חישוב	כמות	3.ההצעה	
				מחיר ליחידה	סה"כ
01	תיק משפחה כתום כפול עם חוצצים כולל לוגו על גב התיק כולל 7 חוצצים בחיתוך מדורג וכל חוצץ בתוך ניילונים (שמרדף)	יחידה	20000		

המחיר יכולול אספקה והובלה לפי הזמנת רכש חתומה לכתובת המזמין בנפה נצרת. עפולה. טבריה. צפת. עכו
ההאספקה תבוצע לפי פעימות ודרישה על הספק הזוכה לבוא לקבל דוגמא לפני ביצוע

סה"כ כללי: [שח]
סה"כ מע"מ: [שח]
סה"כ כולל מע"מ: [שח]

לשאלות הבהרה יש לפנות בכתב למייל yossit@zafon.health.gov.il עד לתאריך 16.04.2023

התנאים הנ"ל הינם מצטברים, הצעתו של מציע שלא תעמוד באחד התנאים הנ"ל או יותר תידחה על הסף. אין ועדת המכרזים של משרד הבריאות מחוז הצפון מתחייבת לבחור את ההצעה הזולה ביותר, וכן רשאית היא לקבל חלק מההצעה או שלא לקבל את ההצעה בכלל, לנהל משא ומתן לקביעת מחיר עם כל אחד מהמציעים, להרחיב או לצמצם את היקף המכרז בגין סיבות תקציביות ו/או ארגוניות ו/או מנהליות.

הננו מצהירים בזאת כי קראנו בעיון את כל הפרטים של פניה זו על כל נספחיה ומצהירים בזה כי הבנו את הדרישות והננו מצהירים כי הננו מסכימים לתנאי ההתקשרות וכן"ל "תנאים כלליים לאספקת טובין/ שירותים" המהווים חלק בלתי נפרד מהזמנתכם ובהתאם לכך ערכנו את הצעתנו זו.

תאריך: _____

שם המציע: _____ שם עורך ההצעה: _____ התפקיד: _____

חתימה וחותמת: _____

מרכז משאבי תמיכה במחוז
משרד הבריאות מחוז צפון
טקס: 04-6557838 טל: 04-6557832