

תאריך: 04/8/2024

אל: קבלנים

**הנדון : הודעה לקבלנים מספר - 2**  
**מרכז רפואי צפון – מכרז מס' 8/2024**  
**הקמת טיפול מוגבר במיון + מרתף אשפוז מתחת למטבח**

1. הבהרה לכתב הכמויות בפרקים : 08 – 18 - 34 בכל מקום בו חסר כמות יש לתמחר את המכרז לפי כמות - 1

יש לחתום על הודעה לקבלנים הנ"ל ולצרפה למסמכי המכרז.

בכבוד רב,  
שלומי טל  
צבי רום ניהול ופיקוח

קבלן: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_