

טופס הרשמה למכרז

מס' מכרז: 5775/2023

שם המכרז: מכרז מסגרת לאספקת מכשירי מוניטור רפואי

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@rmc.gov.il, תוך ציון נושא הפניה ומס' המכרז.

