

آگهی مناقصه عمومی یک مرحله ای

به استناد ماده ۶۳ آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه های علوم پزشکی

شماره فراخوان مناقصه یک مرحله ای در سامانه تدارکات الکترونیکی دولت به آدرس: [https:// www.setadiran.ir](https://www.setadiran.ir)

۲۰۰۵۰۹۰۴۰۷۰۰۰۰۰۴

نام سازمان: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز؛

موضوع: امور ایاب و ذهاب (میدل باس و مینی بوس) شبکه بهداشت و درمان شهرستان ساوجبلاغ؛

درج آگهی مناقصه فقط از طریق سامانه تدارکات الکترونیکی دولت به آدرس: <https:// www.setadiran.ir> و سامانه دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی درمانی البرز به آدرس: <https://mdr.abzums.ac.ir/> آگهی های مناقصات می باشد.

تاریخ توزیع اسناد: مهلت خرید اسناد مناقصه توسط مناقصه گزار سامانه تدارکات الکترونیکی دولت به آدرس: <https:// www.setadiran.ir> از

ساعت ۰۹:۰۰ مورخ ۱۴۰۵/۰۲/۰۲ لغایت ۱۴۰۵/۰۲/۰۶ ساعت ۱۹:۰۰؛

آخرین مهلت ارسال اسناد مناقصه به سامانه تدارکات الکترونیکی دولت به آدرس: <https:// www.setadiran.ir> ساعت ۱۳:۳۰ مورخ

۱۴۰۵/۰۲/۱۹ می باشد.

زمان و محل بازگشایی پیشنهادهای رسیده: روز دوشنبه مورخ ۱۴۰۵/۰۲/۲۱ راس ساعت ۰۸:۰۰ صبح در محل ستاد دانشگاه علوم پزشکی البرز؛

میزان سپرده تضمین شرکت در مناقصه: ۱,۷۷۴,۳۰۸,۰۰۰ ریال (یک میلیارد و هفتصد و هفتاد و چهار میلیون و سیصد و هشت هزار ریال) به صورت

فیش واریزی به حساب جاری ۲۰۶۹۲۵۸۰۰۳۰۲۲؛

(شبا ۲۰۶۹۲۵۸۰۰۳۰۲۲ IR) نزد بانک کشاورزی شعبه مرکزی کرج یا ارائه ضمانت نامه بانکی - به نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی البرز؛

(مدت اعتبار ضمانت نامه در زمان بازگشایی پاکات نباید کمتر از ۳ ماه باشد).

- ضمانتنامه صادره توسط موسسات بیمه گر دارای مجوز لازم برای فعالیت و صدور ضمانتنامه از سوی بیمه مرکزی ایران
- اسناد خزانه، اوراق صکوک، اوراق مشارکت بی نام تضمین شده بانکها و دولت با قابلیت بازخرید قبل از سر رسید (موضوع قانون نحوه انتشار اوراق مشارکت)
- وثیقه ملکی معادل ۸۵ درصد ارزش کارشناسی رسمی آن.
- ضمانت نامه های صادره توسط صندوق های ضمانت دولتی که به موجب قانون تاسیس شده یا می شوند و طبق اساسنامه فعالیت می نمایند.
- جهت استرداد وجه سپرده تضمین شرکت در مناقصه، لازم است شماره حساب بانک عامل یا شماره شبای سایر حساب های بانکی (به نام شرکت)، توسط مدیرعامل شرکت /موسسه (در قالب فرم پیوست) اعلام گردد. (پس از تکمیل فرم پیوست اعلام شماره حساب، مستندات در پاکت "الف" قرار داده شود).
- لازم است فیش واریزی یا ضمانت نامه بانکی حتما به نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز و از سوی شرکت صادر گردد. (لازم به ذکر است، فیش واریزی یا ضمانت نامه به نام مدیرعامل یا شخص حقیقی نباشد).

کارفرما در رد یا قبول یک یا کلیه پیشنهادات مجاز و مختار می باشد.

نشانی سازمان: کرج، بلوار طالقانی شمالی، بالاتر از میدان طالقانی، شهرک اداری، ساختمان مرکزی

شماره تماس: ۰۲۶-۳۴۱۹۷۶۵۵