

آگهی مزایده عمومی یک مرحله ای
به استناد ماده ۶۳ آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه های علوم پزشکی

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

۵۰۰۵۰۹۰۴۰۷۰۰۰۰۱

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

موضوع: اجاره مکان بوفه مرکز آموزشی درمانی امام علی^(ع)؛

درج آگهی مزایده 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 مزایده توسط مزایده گزار سامانه تدارکات الکترونیکی دولت به آدرس: <https:// www.setadiran.ir> به

آدرس از ساعت ۱۰:۰۰ مورخ ۱۴۰۱/۰۱/۱۷ لغایت ۱۴۰۱/۰۱/۱۹ ساعت ۱۹:۰۰؛

آخرین مهلت ارسال اسناد مزایده به سامانه تدارکات الکترونیکی دولت به آدرس: <https:// www.setadiran.ir> ساعت ۱۱:۳۰ مورخ

۱۴۰۵/۰۱/۳۱ می باشد.

زمان و محل بازگشایی پیشنهادهای رسیده: روز سه شنبه مورخ ۱۴۰۵/۰۲/۰۱ راس ساعت ۰۸:۰۰ صبح در محل ستاد دانشگاه علوم پزشکی البرز؛

میزان سپرده تضمین شرکت در مزایده:

- سپرده شرکت در مزایده به مبلغ ۴,۵۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال (به حروف چهار میلیارد و پانصد و سی میلیون ریال) به صورت یکی از بندها به شرح ذیل قابل ارائه می باشد:

۱-۱- فیش واریزی به حساب جاری: ۲۰۶۹۲۵۸۰۰۳۰۲۲ نزد بانک کشاورزی شعبه مرکزی کرج یا ارائه ضمانت نامه بانکی به نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز با اعتبار سه ماه (از زمان توزیع اسناد به مدت سه ماه)؛

۱-۲- برای دریافت سپرده شرکت در مزایده، اطلاعات دانشگاه به شرح ذیل می باشد:

(شناسه ملی دانشگاه: ۱۴۰۰۰۲۱۱۴۹۱، کد اقتصادی دانشگاه: ۴۱۱۳۷۱۷۱۵۸۳۷، کد پستی: ۳۱۴۹۷۷۹۴۵۳، شماره شبای حساب دانشگاه: (شبا

۲۰۶۹۲۵۸۰۰۳۰۲۲) (IR)

توجه: الزامی است ضمانت نامه شرکت در مناقصه/مزایده طبق نمونه فرم پیوست تهیه گردد.

۲-۵- جهت استرداد وجه سپرده تضمین شرکت در مزایده، 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).

۳-۵- لازم است فیش واریزی یا ضمانت نامه بانکی حتما به نام دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز و از سوی شرکت / شخص حقیقی صادر گردد.

لازم به ذکر است، در صورتیکه متقاضی شرکت (شخص حقوقی) باشد؛ فیش واریزی یا ضمانت نامه به نام مدیرعامل یا شخص حقیقی نباشد).

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

شماره تماس: ۰۲۶-۳۴۱۹۷۶۵۴

