

التاريخ : 2025-10-19م

طرح عطاء رقم RFQ-H-11893

السادة / الشركات المختصة الراغبة بالمشاركة بالعطاء - المحترمين

الموضوع : Vinorelbine 50 mg/vial + Methotrexate 5000 mg/vial ، حسب المواصفات .

بالإشارة إلى الموضوع أعلاه، يرجى الاطلاع على المواصفات المرفقة مع مراعاة الشروط التالية :-

1. تكتب الاسعار بالشيكال الإسرائيلي وبشكل واضح في المكان المخصص حسب الجدول المرفق و تشمل قيمة الضريبة المضافة، في حال وجود تعارض بين سعر الوحدة ومجموع سعر الوحدة المشتق، فإن سعر الوحدة هو الذي سيعتمد .
2. يتم تقديم شهادة خصم مصدر في حالة تجاوز المبلغ قيمة 2500 شيكل او ما يعادلها.
3. غرامة تأخير 2% عن كل اسبوع وتبدأ من اليوم الذي يلي موعد التسليم المحدد من قبلكم، و يحق للمستشفى إلغاء أمر الشراء والاحالة على مورد آخر دون تحمل اية مسؤولية تذكر في حالة تأخير التوريد ما يزيد عن اسبوعين .
4. تحديد فترة التوريد في عرض سعركم وعدم ذلك يعنى أن التوريد فوري، وايضاً أن تكون صلاحية العرض المقدم من طرفكم مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر .
5. تسلم عروض الاسعار بالظرف المغلق فقط ، على أن يكون عرض السعر يحوي فصلاً بين العرض المالي والعرض الفني أي أن العرض المالي منفصل عن العرض الفني .
6. ضرورة الرد على العطاء سلباً أو ايجاباً.
7. الدفع بعد 90 يوم من تاريخ الإستلام والفحص ومطابقة المواصفات الفنية المطلوبة.
8. يحق للمستشفى تجزئة العطاء وهي غير ملزمة بأقل الأسعار.
9. يحق للمستشفى إلغاء العطاء دون ابداء السبب ودون تحمل اية تكاليف مع إعادة رسوم نسخة العطاء للمشاركين في العطاء ان وجدت، لا تتحمل المستشفى تكاليف النقل والتحميل والتنزيل.
10. ضرورة ارفاق الرخصة التجارية والسيرة الذاتية للشركة مع عرض السعر .
11. أن يكون الدواء مسجلاً ومرخصاً وفقاً لشروط وزارة الصحة.
12. أن يتم التوريد والتسليم لصيدلية المستشفى وفقاً لتعليمات وزارة الصحة.
13. اخر موعد لتقديم عرض السعر هو يوم الاربعاء الموافق 2025/10/22 الساعة العاشرة صباحاً AM(10:00).
14. لأية إستفسارات متعلقة بالعطاء المذكور اعلاه ، يرجى الاتصال بالسيد مدير دائرة اللوازم والمشتريات هاتف رقم (0097092389687) داخلي ( 6400 ) أو من خلال البريد الإلكتروني tender3@najah.edu فقط

مع فائق الاحترام ،،،،

مدير دائرة اللوازم والمشتريات

إياد مكاي





التاريخ : 2025-10-19م

طرح عطاء رقم RFQ-H-11893

| No                | Item Code | Item                      | QTY | Unit | CODE NO. -<br>وكيل حصري / موزع | Unit Price<br>(Nis) | Total Price<br>(Nis) |
|-------------------|-----------|---------------------------|-----|------|--------------------------------|---------------------|----------------------|
| 1                 | G-D0435   | Methotrexate 5000 mg/vial | 150 | VIAL |                                |                     |                      |
| 2                 | G-D0665   | Vinorelbine 50 mg/vial    | 200 | VIAL |                                |                     |                      |
| Total Price (NIS) |           |                           |     |      |                                |                     |                      |

- يرجى من حضرتكم تحديد مدة التوريد
- ضرورة الالتزام بالتسعير على النموذج المرفق بالعطاء، والالتزام بالعملة المحددة (شيكل)

- يرجى من حضرتكم الالتزام بتعبئة المعلومات في الجدول أدناه:

|   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | إسم الشركة          |
| 2 | الختم               |
| 3 | التوقيع والإسم      |
| 4 | معلومات الإتصال     |
| 5 | مدة التوريد         |
| 6 | مدة الكفالة إن وجدت |