



التاريخ : 08/07/2025 م

**طرح عطاء رقم RFQ-H-11845**

السادة / الشركات المختصة الراغبة بالمشاركة بالعطاء - المحترمن .

الموضوع : أدوية أورام ، حسب المواصفات المرفقة .

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

1. تكتب الاسعار بالشيكول 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 تلك 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 إيجاباً.
7. الدفع بعد 90 يوم من تاريخ الاستلام 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 والتزليل.
10. ضرورة ارفاق الرخصة التجارية والسيرة الذاتية للشركة مع عرض السعر .
11. اخر موعد لتقديم عرض السعر هو يوم الثلاثاء الموافق 2025/07/15 الساعة العاشرة صباحاً (10:00am).
12. 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 : 08/07/2025 م

**طرح عطاء رقم RFQ-H-11845**

| # | Code              | Item                              | QTY | Unit    | Brand Name | Unit Price | Total Price | وكيل/موزع C29 |
|---|-------------------|-----------------------------------|-----|---------|------------|------------|-------------|---------------|
| 1 | G-D1309           | Fluvestrant 250 mg / syringe      | 60  | syringe |            |            |             |               |
| 2 | G-D0461           | Mitomycin 2 mg / vial             | 50  | vial    |            |            |             |               |
| 3 | G-D1390           | Mitomycin 20 mg / vial            | 50  | vial    |            |            |             |               |
| 4 | G-D0867           | Rasburicase 1500 microgram / vial | 30  | vial    |            |            |             |               |
| - | Total Price (NIS) |                                   |     |         | -          |            |             |               |

PM

يرجى الالتزام بتعبئة الجدول التالي:

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