



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز  
مرکز آموزشی درمانی نیکوکاری تبریز

شماره:

تاریخ:

پیوست:

## فرم "ب"

اینجانب ..... فرزند ..... به کدملی ..... به نمایندگی از شرکت ..... به شماره ثبت ..... با مطالعه و بررسی دقیق شرایط استعمال و آگاهی کامل از قیمت پیشنه‌های خود را برای بررسی به شرح ذیل اعلام می‌دارد.

آدرس:

تلفن:

مبلغ پیشنهادی: (به عدد) : .....

( به حروف) : .....

مهر و امضاء:

مدیر مرکز  
امور اداری

امور حقوقی و رسیدگی به شکایات

رئیس اداره حسابداری