

## پیوست شماره ۴ - فرم بازدید از ارقام موضوع مزایده (ضایعات)

اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه .....  
و کد ملی ..... صادره از ..... با عنوان ..... شرکت .....  
..... ثبت شده به شماره ..... ، مزایده‌گر ضایعات مؤسسه خدمات بهداشتی  
درمانی میلاد سلامت تهران، اقرار و اعلام می‌نمایم که در تاریخ ..... در حضور نماینده آن مؤسسه به  
صورت کامل از ارقام موضوع مزایده بازدید به عمل آورده و با اطلاع کامل از شرایط موجود و موارد ذیل نسبت به ارائه  
پیشنهاد قیمت اقدام خواهیم نمود.

۱. اطلاع از هزینه‌های مربوط به تردد و توقف خودروها جهت بارگیری و تخلیه طبق تعرفه پارکینگ
۲. اطلاع از هزینه‌های چاپ آگهی و کارشناسی رسمی دادگستری
۳. اطلاع از پرداخت مالیات بر ارزش افزوده به همراه مبلغ قرارداد
۴. اطلاع از مدت قرارداد و ساعات تردد به مؤسسه
۵. اطلاع از واریز کل مبلغ پیشنهادی یک هفته پس از ابلاغ کتبی مؤسسه و قبل از بارگیری ارقام مزایده

نام و نام خانوادگی مزایده‌گر  
امضاء و مهر

نام و نام خانوادگی  
نماینده مؤسسه