

فراخوان

دانشگاه کردستان در نظر دارد؛ بیمه درمان تکمیلی خود را به شرکت واجد شرایط و دارای صلاحیت واگذار نماید. لذا از شرکت های متقاضی دعوت به عمل می آید از تاریخ انتشار آگهی (۹۹/۰۶/۱۰) لغایت ۱۸ شهریور ۹۹ برای دریافت اسناد مناقصه به سایت دانشگاه به آدرس www.uok.ac.ir قسمت مزايدة/مناقصه مراجعه نمایید.

- ۱- جهت شرکت در مناقصه بیمه درمان تکمیلی می باشد مبلغ ۱۰۰/۰۰۰ (یکصد میلیون) ریال چک بین بانکی در وجه دانشگاه یا ضمانت نامه بانکی بنام دانشگاه را به همراه سایر مدارک تحويل نمایند.
- ۲- تهیه و تکمیل مدارک مورد نیاز (شامل مهر و امضاء اسناد پیوست مناقصه و مستندات شرکت، تضمین شرکت در مناقصه و تکمیل فرم پیشنهاد قیمت).
- ۳- تاریخ تحويل مدارک و مستند به دفتر معاونت اداری مالی دانشگاه تا پایان وقت اداری روز سه شنبه ۹۹/۰۶/۱۸ تا ساعت ۱۴ می باشد.

مدارک لازم مناقصه:

۱. ارائه اوراق و فرم های قبول شرایط عمومی و خصوصی با مهر و امضای متقاضی.
۲. ارائه قیمت پیشنهادی به صورت دقیق، خوانا و کامل با مهر و امضای متقاضی در فرم مربوطه.
۳. ارائه ضمانتنامه بانکی معتبر یا چک تضمینی بانکی معتبر (الصادر شده توسط بانک و به نام دانشگاه کردستان) و یا واریز به شماره حساب ۱۱۰۸۰۴۵۶۱۹ از زبانک تجارت شعبه دانشگاه به درخواست شخصیت حقیقی یا حقوقی متقاضی جهت شرکت در مناقصه معادل مبلغ اعلام شده فراخوان.
۴. ارائه تأییدیه صلاحیت یا مجوز های لازم اساسنامه شرکت، آخرین آگهی تغیرات در خصوص تغیرات و دارندگان حق امضا کلیه مدارک مربوط به سوابق کاری و تخصصی و زمینه های فعالیت از سازمانهای مختلف. (فتو کپی مدارک برابر اصل گردد).

سایر شرایط عمومی:

۱. سپرده شرکت در فراخوان نفرات اول و دوم تا زمان عقد قرارداد نزد دانشگاه باقی خواهد ماند و سپرده سایر شرکت کنندگان پس از اعلام برنده مناقصه ، با درخواست رسمی شرکت کننده قابل استرداد خواهد بود.
۲. حداقل مدت بررسی پیشنهادها و تعیین برنده مناقصه و ابلاغ آن، یک هفته پس از تشکیل اولین جلسه کمیسیون خواهد بود.
۳. دانشگاه در مورد رد هر یک یا تمام پیشنهادها مختار است، لذا شرکت در مناقصه و ارائه پیشنهاد هیچگونه حقی را برای شرکت کنندگان در بر نخواهد داشت .
۴. دانشگاه پیشنهادات مبهم، مشروط، با قیمت غیر واقعی به تشخیص مناقصه گزار، بدون سپرده و یا پیشنهاداتی که بعد از انقضای مدت مقرر بررسد را بررسی نخواهد نمود.
۵. عدم مراجعه برندگان (نفر اول و دوم) به ترتیب اولویت حداقل تا یک هفته پس از اعلام نتایج ، برای انجام موضوع مناقصه ، بعنوان امتناع از انجام معامله محاسب شده، و مبلغ سپرده ایشان بر حسب مورد به نفع دانشگاه ضبط خواهد شد.
۶. برنده مناقصه حق واگذاری موضوع مناقصه را به غیر ندارد.

۷. شرکت کنندگان در فراخوان لازم است پیشنهاد و مدارک اوراق مناقصه را تا پایان وقت اداری روز سه شنبه ساعت ۱۴ ، مورخ شهریور ماه ۱۳۹۹، به دفتر معاونت اداری مالی دانشگاه (واقع در دانشگاه کردستان، سازمان مرکزی، طبقه دوم) تحويل نمایند.
۸. پیشنهادهای واصله در دفتر معاونت اداری مالی دانشگاه با حضور اعضای کمیسیون مناقصه باز و قرائت و نتیجه بررسی ها و ابلاغ مصوبات کمیسیون حداقل یک هفته پس از تشکیل اولین جلسه کمیسیون خواهد بود.
۹. چنانچه برای برنده مناقصه ، منع قانونی وجود داشته باشد، هیچ مسئولیتی متوجه دانشگاه نخواهد بود و سپرده ایشان به نفع دانشگاه ضبط خواهد شد.

۱۰. داشتن نمایندگی قائم الاختیار در شهر سندج الزامیست.

۱۱. توضیح ۱: تعداد کارکنان دانشگاه که از خدمات بیمه تکمیلی استفاده می نمایند حدود ۱۸۰۰ نفر می باشد.

۱۲. توضیح ۲: شرکت کنندگان می باشد در جدول پیشنهاد قیمت نسبت به اعلام پیشنهاد برای هر دو طرح درخواستی دانشگاه (طرح الف و ب) طبق جزئیات مندرج در جدول مربوط به سقف تعهدات بیمه ای اقدام نمایند. مقرر است دانشگاه از خدمات هر دو طرح "الف و ب" استفاده نماید، لیکن در صد استفاده کنندگان طرح های الف و ب به تشخیص دانشگاه خواهد بود.

۱۳. توضیح ۳. در صورت اتمام سایر قراردادهای پوشش بیمه ای (شامل بیمه های آتش سوزی، حوادث گروهی، مسؤولت مدنی مدیران و ناجیان غریق، مسؤولیت مدنی کارفرما در قبال کارکنان، مسؤولیت مدنی دانشجویان و...) برنده بیمه درمان تکمیلی در اولویت واگذاری (منوط به توافق با دانشگاه) قرار دارد.

نحوه اعلام قیمت پیشنهادی جهت شرکت در مناقصه:

شرکت کنندگان باید پیشنهاد خود را در سه پاکت در بسته به شرح زیر تسلیم نمایند:

- ✓ پاکت (الف) سپرده شرکت در مناقصه ؛
- ✓ پاکت (ب) مدارک مثبت لازم جهت تعیین صلاحیت شرکت کننده: تأیید اوراق مناقصه و شرح کار مربوطه، سوابق فعالیت‌ها، اساسنامه شخص حقوقی و تصویر کارت ملی شخص حقیقی، استاندارهای موجود در صورت لزوم و غیره.
- ✓ پاکت (ج) فرم تکمیل شده ((شرط مناقصه بیمه تکمیلی)) شرکت در مناقصه که در آن قیمت پیشنهادی به ریال و بطور مشخص درج شده باشد.

اینجانب..... مدیر عامل شرکت / دارنده امضای مجاز شرکت متقاضی شرکت در فرآخوان بیمه درمان تکمیلی کارکنان دانشگاه کردستان با مطالعه دقیق و اطلاع کامل از مفاد مندرج در شرایط مناقصه حاضر و و تکمیل فرم پیشنهاد قیمت پیوستی و امضاء و مهر آن ، مایل به شرکت در فرآخوان هستم.

مهر و امضاء مدیر عامل / شخصیت حقیقی و تاریخ

آدرس دقیق متقاضی :

تلفن جهت تماس با متقاضی:

اسناد پیوست: جدول جزئیات سقف تعهدات بیمه تکمیلی در دو برگ . ۲- فرم پیشنهاد قیمت طرح الف و ب درخواستی.