



تاریخ :

بسمه تعالی

فرم پیشنهاد قیمت مزایده داروخانه بیمارستان پارسیان

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	تلفن:	
قیمت پیشنهادی به عدد :	قیمت پیشنهادی به حروف :		

مهر و امضا