

(კომპანიის დასახელება)-ის დირექტორი (სახელი და გვარი) ვადასტურებ, რომ დაწესებულება აღჭურვილია ყველა საჭირო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზით, რომლითაც უზრუნველყოფთ სისხლის ჯგუფისა და რეზუსის განსაზღვრისა და შეთავსების მომსახურებას არანაკლებ დილის 8 საათიდან 22 საათამდე დასვენებისა და უქმე დღეების ჩათვლით შემსყიდველის მოთხოვნის შესაბამისად;

ვადასტურებთ, რომ ვიღებთ ვალდებულებას მოვახდინოთ მისაწოდებელი საქონლის ტრანსპორტირება ს.ს. „ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკულ ცენტრში“ მისამართზე, ქ.თბილისი ალ.ყაზბეგის #16 საკუთარი რესურსით, შემსყიდველის მოთხოვნის შესაბამისად, შეტყობინებიდან არაუგვიანეს 12 საათისა (სატელეფონო ან ელექტრონული ფორმით) შაბათ-კვირისა და უქმე დღეების ჩათვლით.

დამზადებული/მისაწოდებელი ჰემატოლოგიური სახარჯი მასალის დამზადება-შენახვის, შეფუთვის და სხვა ნორმები იქნება საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 15 იანვარის №74 დადგენილების შესაბამისი, ხოლო ვარგისიანობის ვადა იქნება:

ფასების ცხრილის

- 1-ელ პოზიციაზე - არაუმეტეს 1 წელი;
- მე-2 პოზიციაზე - არაუმეტეს 35 დღე;
- მე-4 პოზიციაზე - არაუმეტეს 24 საათი დამზადებიდან (გარეცხვიდან);
- მე-5 პოზიციაზე - არაუმეტეს 5 დღე.

-----

(პასუხისმგებელი პირის თანამდებობა,                      სახელი და გვარი)

(დოკუმენტი უნდა დამოწმდეს ელექტრონულად)