

REQUEST FOR QUOTATION

استمارة طلب عرض اسعار

Subject: Supplying and Delivering Psychotropic Medications	العطاء : توفير وتوريد الأدوية النفسية
Tender Number: 3	رقم العطاء: 3
Date: 8/10/2024	التاريخ: 2024/10/8
Submission Deadline: 17/10/2024 17:00 (Iraq time)	انتهاء التقديم: 2024/10/17 17:00 (توقيت العراق)
The Iraqi Development Foundation, a non-profit organization, is seeking qualified suppliers to provide and deliver various psychiatric medications according to the prescriptions written by the organization's doctors. This will be done through multiple pharmacies on the right side of Mosul city.	تبحث المؤسسة العراقية للتنمية وهي منظمة غير ربحية عن موردين مؤهلين لتوريد وتسليم أدوية نفسية متعددة التكاليف وفقاً للوصفات الطبية النفسية الموصوفة من قبل الاطباء التابعين للمنظمة وذلك من خلال صيدليات متعددة في الجانب الايمن من مدينة الموصل.
Terms of delivery	شروط التسليم
- Medications are to be delivered to patients through prescriptions that are stamped and signed by the doctors accredited by the organization. - The contract duration begins from the date of signature by both parties and lasts until 31-12-2025	- تسلم الادوية الى المرضى من خلال وصفات طبية مختومه وموقعه من قبل الاطباء المعتمدين لدى المنظمة. - مدة العقد تبدأ من تاريخ توقيع الطرفين للعقد الى 31-12-2025
Submission Instructions:	تعليمات التقديم:
- This announcement is valid for 10 days from the date of publication. The deadline for submitting bids is October 17, 2024, at 17:00 (Iraqi time). - For inquiries, please email: tender@iidiraqi.org. - Bids should be submitted in English or Arabic, and prices should be quoted in Iraqi Dinars. - Only complete applications will be considered. - Bidders must fill out, sign, and seal Form A and submit it in a sealed envelope to the organization's office located at: Ninawa Governorate / Mosul / Baysan District / Near Baysan Mukhtar Office / House No. 35/404. - Submitting a bid does not obligate the organization to award the contract in any way. The organization also does not cover any costs incurred in preparing and submitting the bid and is not responsible for any errors in the preparation and submission of the bid. - The supplier must provide samples if required.	- هذا الاعلان صالح لمدة 10 يوم من تاريخ اعلانه , موعد اغلاق تقديم العطاء 2024/10/17 الساعة 17:00 مساء (بتوقيت العراق). - للاستفسار البريد الالكتروني: tender@iidiraqi.org - تقدم العروض باللغة الإنجليزية او العربية ، والعمل بالدينار العراقي. - سيتم النظر في الطلبات الكاملة فقط. - على مقدمي العطاءات تعبئة نموذج A و توقيعه وختمه وتسليمه بالظرف المختوم في مقر المنظمة في محافظة نينوى / موصل / حي بيسان / قرب مكتب مختار بيسان / رقم الدار 404/35 . - تقديم العرض لا يلزم المؤسسة باي حال من الأحوال بمنح العقد، كما أن المؤسسة لا تلتزم بدفع أي تكاليف مالية متكبدة في اعداد وتقديم العرض. ولا تتحمل المؤسسة ايضاً أية مسؤولية عن الأخطاء في إعداد وتقديم العرض. - يقوم المجهز بتقديم نماذج اذا لزم.

Terms and Conditions:

1. Suppliers must provide the names and locations of the pharmacies contracted with the supplier.
2. The validity of the bid must be ninety days from the date of submission after review.
3. Bidders must submit valid copies of all registration certificates from financial and Iraqi authorities (Baghdad) along with this request. This includes:

- Official and valid registration certificates issued from Baghdad.
- A valid tax certificate.
- Company registration certificate/agreement (including ownership details).
- A recognized bank account in the company's name for payment purposes.

4. Bidders must provide certificates of origin and laboratory test results for all required medications.
5. The organization reserves the right to contact any previous contractors and any financial or security authorities for auditing purposes.
6. The organization has the right to negotiate the price and materials with suppliers who are close to qualification.
7. Price offers must be submitted by the specified deadline; **no price offer submitted after the deadline will be accepted.** Note that the Iraqi Development Foundation (IID) is not obligated to accept any bid for products for which price quotes have been provided by any supplier.
8. - Providing exclusively to the pharmacy approved by the Ministry of Health and the union that operates in the city of Mosul on the right and left sides. It is required that the pharmacy has a network of pharmacies that will provide medicines if they are successfully discovered and that they be close to the Yarmouk area. It is preferable that this pharmacy be open in the morning and evening.

Payment Method and Terms:

1. Payment for the services provided: The organization will pay the supplier upon confirmation of receipt of the materials with an official document from field staff, and verification by the supplier as per the request.
2. Payment method: Payments will be made via bank transfer or certified bank check, and the organization will cover all banking fees.
3. Payment timeline: Payments will be made monthly after receipt of all invoices and prescriptions.

الشروط والأحكام:

1. يلزم مقدمي العطاءات بتقديم أسماء ومواقع الصيدليات المتعاقد معها المورد.
2. أن تكون صلاحية العرض تسعون يوماً من تاريخ التقديم بعد النظر فيه.
3. على مقدمي العطاءات تقديم نسخ صالحة من جميع شهادات التسجيل من الهيئات المالية والسلطات العراقية (بغداد) مرفقاً مع هذا الطلب. وهذا يشمل:
 - أ. شهادات تسجيل رسمية وصالحة صادرة من بغداد.
 - ب. شهادة ضريبية سارية المفعول.
 - ت. شهادة تأسيس الشركة/ اتفاقية (بما في ذلك قائمة الملكية)
 - ث. حساب مصرفي معترف به باسم الشركة لغرض السداد.
4. على مقدمي العطاءات بتقديم شهادات المنشأ والفحص المختبرية لجميع الادوية المطلوبة.
5. تحتفظ المؤسسة بالحق في الاتصال بأي متعاقدين سابقين وبأي سلطة مالية أو أمنية لغرض التدقيق.
6. المؤسسة لديها الحق بإجراء تفاوض على السعر والمواد مع المجهزين الذين يكون قريبين للتأهل.
7. يجب إرسال عروض الأسعار في غضون التاريخ المحدد اعلاه **ولن يتم قبول أي عرض** سعر يقدم بعد التاريخ المحدد علماً بأن المؤسسة العراقية للتنمية IID غير ملزمة بقبول أي عطاء من المنتجات تم إعطاء عروض أسعار لها من أي مورد كان.
- 8- التقديم حصراً للمذاخر المجازة من وزارة الصحة والنقابة التي تعمل في مدينة الموصل في الجانب الايمن والايسر ويشترط ان يكون لدى المذخر شبكة من الصيدليات التي سوف يتم توفير الادوية من خلالها ويجب ان تكون قريبة من منطقة اليرموك ويفضل ان تفتح هذه الصيدليا تصباحا ومساء.

طريقة الدفع والشروط:

1. دفع قيمة الخدمة المقدمة: ستسدد المؤسسة المجهز بعد تأكيد الاستلام للمواد بمستند رسمي من قبل الموظفين الميدانيين والتحقق من ذلك من قبل المجهز حسب الطلب.
2. طريقة دفع المستحقات: ستتم إجراء الدفعات كتحويل مصرفي أو شيك مصرفي مصدق وستدفع المؤسسة كافة الرسوم المصرفية.
3. مدة الدفع: سيتم الدفع شهرياً بعد استلام / جميع الفواتير والوصفات الطبية.

OFFER FORM

4. نموذج العرض

Company details تفاصيل ومعلومات الشركة	
1. Company name اسم الشركة	
2. Authorized representatives names and positions أسماء الممثلين المخولين ومناصبهم	Owner: المالك Partner: الشريك
3. Company registration details بيانات تسجيل الشركة	Registration no: رقم شهادة التسجيل Registration date: تاريخ شهادة التسجيل
4. Company type نوع الشركة	
5. Company address عنوان الشركة	
6. Contact information معلومات الاتصال	Phone: هاتف Mobile: هاتف محمول Email: البريد الالكتروني
Company bank details معلومات الشركة المصرفية	
Bank name and account: اسم البنك والحساب	
Bank address: عنوان البنك	

Bidder's comments: _____
ملاحظات مقدم العطاء

1. Valid of the offer: _____ (recommended: 1 month or more)
العرض صالح _____ تحسن شهر او اكثر

2. Does the company need an operating advance (Yes) (No) _____
هل تحتاج الشركة الى سلفة تشغيلية (نعم) (لا) _____

If yes, what percentage of the total amount do you need _____
اذا نعم كم النسبة المئوية من المبلغ الكلي الذي نحتاجه _____

3. Terms of delivery: _____
شروط التسليم

4. Terms of payment: _____
شروط الدفع

I undersigned _____, agree to provide IID with items as upon following specifications, according to the general conditions and responsibilities in accordance with this application request.

أنا الموقع أدناه _____ ، أوافق على تجهيز المؤسسة العراقية للتنمية IID على الفقرات أعلاه والاجابة على المواصفات التالية ، ووفقاً للشروط والمسؤوليات العامة ووفقاً لطلب التقديم.

Name of Bidder's Authorized Representative: _____
اسم الشخص المخول لتقديم العطاء

Authorized signature and stamp : _____
ختم وتوقيع الشخص المخول

Date : _____
التاريخ

SUMMARY OF PREVIOUS RELEVANT ABILITY AND EXPERIENCE

ملخص عن القدرات والخبرات السابقة ذات صلة

Mention any previous relevant services undertaken that demonstrate experience working with humanitarian aid agencies, sorted by decreasing order of completion date.

اذكر أي خدمات سابقة ذات صلة تم إجراؤها والتي تظهر الخبرة في العمل مع وكالات المعونة الإنسانية ، مرتبة حسب الترتيب التنازلي لتاريخ الإنجاز.

Projects should have been undertaken in the past three years.

المشاريع المنفذة في السنوات الثلاث الماضية.

No.	Description of activities وصف النشاط	Location المكان	Client agency name اسم المنظمة او الوكالة	Start date تاريخ البدء	End date تاريخ الانتهاء	Cost in USD التكلفة بالدولار الامريكي	Client agency contact details معلومات الاتصال بالمنظمة او الوكالة
1.							
2.							
3.							
4.							

Offer Template No. (A)

نموذج عرض رقم (A)

LN الرقم	QTY الكمية	UNIT الوحدة	DESCRIPTION المواصفات	UNIT PRICE سعر الوحدة	TOTAL PRICE A الأجمالي	Details تفاصيل
1	1	tab	olanzapine 5mg			
2	1	tab	olanzapine 10 mg			
3	1	tab	escitaloprám 10 mg			
4	1	tab	sertraline 50 mg			
5	1	tab	rispond 1 mg			
6	1	tab	rispond 2 mg			
7	1	tab	quetiapine 100 mg			
8	1	tab	quetiapine 200 mg			
9	1	tab	itiludol 5 mg			
10	1	amp	itiludol 5 mg			
11	1	tab	Diazepam 10 ml			
12	1	tab	Modecate 25			
13	1	tab	Clidinium C 5 mg			
14	1	tab	fluoxetine 20 mg			
15	1	tab	paroxetine 20 mg			
16	1	tab	tegretol 200 mg			
17	1	tab	amitriptyline 25 mg			
18	1	tab	tofranal 25 mg			
19	1	tab	lorazepam 2 mg			
20	1	tab	depelchin 500 mg			
21	1	tab	cyclidine 5mg			
22	1	tab	goblin 75mg			
23	1	tab	venlafaxine 75 mg			
24	1	tab	alprazolam 0.5 mg			
25	1	tab	atomoxetine 25 mg			
26	1	tab	atomoxetine 10 mg			
Total amount for Tender						

ختم توقيع الشركة

Stamp and signature of Company