

نموذج تأهيل مورد

مقدمة:

يرغب الصندوق القومي للإمدادات الطبية بتأهيل موردي أجهزة طبية بغرض قيدهم في سجل الموردين المعتمدين لدى الصندوق وعليه يرجى من الموردين الراغبين في المشاركة تعبئة كافة البيانات المطلوبة في هذا النموذج بدقة وحرص كونها عناصر جوهرية يتم تقييم مؤهلات الموردين وفقها.

أولاً	الاسم الرسمي للمورد
	<p>التاريخ: / / 201...</p> <p>اسم المورد التجاري باللغة العربية:</p> <p>الاسم التجاري باللغة الانجليزية:</p>
ثانياً	التسجيل و الملكية و الادارة
	<p>تصنيف الشركة: (.....). رقم الشركة: (.....).</p> <p>رقم السجل التجاري / شهادة التسجيل: / (.....).</p> <p>مكان التأسيس: تاريخ التأسيس:/...../.....</p> <p>الشكل القانوني للمورد:</p> <p><input type="checkbox"/> تجار أفراد <input type="checkbox"/> شركة العادية العامة (تضامن) <input type="checkbox"/> شركة العادية المحدودة</p> <p><input type="checkbox"/> شركة مساهمة خصوصية محدودة <input type="checkbox"/> شركة مساهمة عامة محدودة</p> <p>اسم المالك:</p> <p>اسم المدير العام / المفوض بالتوقيع باسم المورد:</p>
ثالثاً	التنظيم الإداري للمورد:
	<p>▪ عدد الموظفين العاملين لدى المورد بصفة دائمة:</p> <p>1- (إداري): موظف/ة</p> <p>2- (مهندس): موظف/ة</p> <p>▪ عدد الموظفين العاملين لدى المورد بصفة مؤقتة:</p> <p>1- (إداري): موظف/ة</p> <p>2- (مهندس): موظف/ة</p>

<p>هل يوجد هيكل تنظيمي للمؤسسة ؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>هل يوجد وحدة مختصة بالمبيعات / التسويق لدى المورد ؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم ؛ اذكر اسم الموظف المسؤول :</p> <p>هل يوجد وحدة مختصة بالشؤون المالية لدى المورد ؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم ؛ اذكر اسم الموظف المسؤول :</p> <p>هل يوجد مستودعات لدى المورد ؟</p> <p>لا <input type="checkbox"/> نعم ؛ اذكر اسم الموظف المسؤول :</p> <p>متوسط المدة المقدره لتوريد الأجهزة والمعدات الطبية إلى مقر الصندوق القومي للإمدادات الطبية من لحظة استلام المورد لأمر الشراء ؟</p> <p>يوم عمل واحد <input type="checkbox"/> 1 - 3 أيام عمل <input type="checkbox"/> اسبوع <input type="checkbox"/> اسبوعان <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/></p> <p>غير ذلك اذكر :</p>
--

<p>رابعاً طبيعة عمل المورد:</p> <p>مجال عمل الشركة/ المورد (الرئيسي):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>تنوع الخدمات الأجهزة الطبية التي يزودها المورد :</p> <p>صنف واحد <input type="checkbox"/> مجموعة اصناف من نفس المجموعة <input type="checkbox"/></p> <p>تحديد التخصصات التي يزودها المورد :</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>علاقة المورد ب الأجهزة التي يزودها:</p> <p>منتج رئيسي <input type="checkbox"/> وكيل معتمد <input type="checkbox"/> موزع <input type="checkbox"/> متعاقد من الباطن <input type="checkbox"/></p>
--

<p>□ غير ذلك (اذكر)</p> <p>▪ الوكالات أو رخص التمثيل لتوريد الأجهزة الطبية التي يحوزها المورد :</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>▪ شهادات الجودة التي يحوزها المورد (e.g. CE, FDA):</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p>	
<p style="text-align: right;">خامساً الانتشار الجغرافي:</p>	
<p>▪ محلي (السودان): □ عدد الفروع : □ اذكرها :</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p> <p>▪ خارجي (دولي): □ عدد الفروع : □ اذكرها :</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p>	
<p style="text-align: right;">سادساً السيرة الذاتية المختصرة لفريق العمل الرئيسي :</p>	

#	الاسم	المسمى الوظيفي	أهم 3 خبرات و مهارات رئيسية ذات صلة بالأجهزة الطبية التي يقدمها المورد
.1			<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪
.2			<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪
.3			<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪
.4			<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪
.5			<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪
.6			<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪
يمكن ارفاق السيرة الذاتية لمزيد من التفاصيل			
العنوان و أرقام الاتصال:			ثامناً

اسم موظف الاتصال: _____

رقم الهاتف الثابت : _____ رقم الموبايل: _____

رقم فاكس: _____ البريد الالكتروني: _____

الموقع الالكتروني: _____ ص. ب _____

العنوان: _____

اسم مقدم الطلب: _____ التوقيع/ختم الشركة: _____

تاسعاً اهم الزبائن الحاليين

#

تاسعاً

1.

2.

3.

اسم الشركة

طبيعة العمل

تصنيف الشركة

بيانات الاتصال

طبيعة الخدمات المقدمة من المورد

مدة التعامل
(سنة)

كبيرة

متوسطة

صغيرة

هاتف :

بريد الكتروني :

الموقع الالكتروني :

موظف الاتصال :

كبيرة

متوسطة

صغيرة

هاتف :

بريد الكتروني :

الموقع الالكتروني :

موظف الاتصال :

كبيرة

متوسطة

صغيرة

هاتف :

بريد الكتروني :

الموقع الالكتروني :

		موظف الاتصال :				
		هاتف :	<input type="checkbox"/> كبيرة			.4
		بريد الكتروني :	<input type="checkbox"/> متوسطة			
		الموقع الالكتروني :	<input type="checkbox"/> صغيرة			
		موظف الاتصال :				
		هاتف :	<input type="checkbox"/> كبيرة			.5
		بريد الكتروني :	<input type="checkbox"/> متوسطة			
		الموقع الالكتروني :	<input type="checkbox"/> صغيرة			
		موظف الاتصال :				
		هاتف :	<input type="checkbox"/> كبيرة			.6
		بريد الكتروني :	<input type="checkbox"/> متوسطة			
		الموقع الالكتروني :	<input type="checkbox"/> صغيرة			
		موظف الاتصال :				
		هاتف :	<input type="checkbox"/> كبيرة			.7
		بريد الكتروني :	<input type="checkbox"/> متوسطة			

.....: الموقع الالكتروني
.....: موظف الاتصال

كبيرة
متوسطة
صغيرة

كبيرة
متوسطة
صغيرة

8

9

شروط و أحكام خاصة :

يتوجب على المورد تعبئة كافة البيانات المطلوبة بهذا النموذج و اية بيانات ناقصة أو غير واضحة تفقد المورد حقه في القيد بسجل الموردين لدى الصندوق، وعلى المورد في حال عدم توفر بيانات مقابل أحد البنود كتابة ان البيانات المطلوبة غير متوفرة و لا يجوز تركها فارغة .