



دبیر ستاد امر به معروف و نهی از منکر استان تهران، خبر از تشکیل «اتاق وضعیت عفاف و حجاب» با مشارکت دستگاه‌های فرهنگی و اجرایی داد و به گفته خودش، از عموم مردم برای عضویت در قرارگاه ناظران مردمی دعوت کرد. روح‌الله مومن‌نسب با بیان اینکه اولویت ما در ستاد امر به معروف و نهی از منکر استان تهران، تکمیل زیرساخت انسانی و نرم‌افزاری است، گفت: «با فعال‌سازی ۸۰ هزار نیروی آموزش‌دیده، می‌توان تحولات بزرگ در استان ایجاد کرد.» مومن‌نسب با تأکید بر اینکه رویکرد اصلی ستاد امر به معروف و نهی از منکر استان تهران «فرهنگی، اجتماعی، نخبگانی و مردمی» است، هدف کلان این مجموعه را مقابله با هوشمندی‌ها با اسکولاریسم و بی‌تفاوتی اجتماعی عنوان کرد. او گفته که اولویت اصلی ستاد؛ آموزش، سازماندهی و بازگویی بی‌ش از ۸۰ هزار آمر به معروف و ۴۷۵۵ مربی و ضابط قضایی است.



۳ روستای ایران جهانی شدند

وزیر میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری خبر داد که سه روستای شاخص کشور؛ شفیع‌آباد در دل کویر لوت، کندلوس در دل جنگل‌های هیرکانی و سهیلی در خلیج فارس، ثبت جهانی شدند. رضا صالحی امیری در این باره گفت: «روز جمعه ۲۵ مهرماه ۱۴۰۲، سه روستای ارزشمند ایران؛ شفیع‌آباد در کویر لوت کرمان، کندلوس در مازندران و سهیلی در جزیره قشم، به‌عنوان بهترین روستاهای گردشگری جهان، در فهرست سازمان جهانی گردشگری ثبت شدند.» او ادامه داد: «سهیلی، ستاره خلیج فارس و نماد گردشگری سبز است. مردم این روستا، نخستین الگوی گردشگری تالابی مبتنی بر محیط‌زیست در خلیج فارس را خلق کرده‌اند. کندلوس، در دامنه‌های البرز و دل جنگل‌های هیرکانی، نمونه‌ای از گردشگری فرهنگی و مزارین جامعه‌محور است. شفیع‌آباد، نماد توانمندی و دیپلماتی در دل کویر لوت است. زنان این روستا با تشکیل تعاونی‌ها، تولید صنایع دستی و سوغات را آغاز کرده و بخشی از درآمد خود را صرف احیای قنات‌ها و باغات خشکیده کرده‌اند.»

می‌گوید: «تا پیش از اجرای طرح نوین خودگردان بیمارستان‌ها که در دهه ۷۰ به‌راه افتاد، محور بیمار بود و مریض با حوصله ویزیت می‌شد و حقوق کادر درمان ثابت بود. اما پس از آن، پزشک براساس تعداد ویزیت علاوه بر حقوق ثابت، کارانه هم دریافت می‌کرد و این مسئله سبب شد که تعداد ویزیت را بالا ببرند و دیگر نظام سلامت، بیمار محور نباشد و همه چیز پول بشود». در این طرح، پرستاران و دستیاران پزشکی آسیب زیادی دیدند: «پرستاران و دستیاران در این نظام استثماری می‌شوند و اختلاف درآمدشان تا صدبرابر هم می‌رسد؛ درنتیجه پرستاران انگیزه کم کردن کار ندارند. مسئولان وزارت بهداشت درکی از اینکه پرستاری را ۲۰ میلیون تومان کار می‌کند، ندارند؛ چون حقوق‌های خودشان چندصد میلیونی است.» همه این دلایل سبب شده که رشته پرستاری به رشته‌ای تبدیل شده که در آن ترک کار می‌کنند: «جاذبیت حرفه‌ای کم شده، انتخاب اول پرستاران مهاجرت است و اگر به‌هر دلیلی نتوانند مهاجرت کنند، پس از آن تغییر شغل می‌دهند یا ترک شغل می‌کنند و در نهایت فرار از حرفه را به‌یون در آن ترجیح می‌دهند. کسی هم که وارد کار می‌شود انگیزه لازم را ندارد.» به گفته او افزایش ظرفیت دانشگاه‌های پرستاری، تعداد پرستاران طرح می‌زاید می‌کند و بیمارستان‌ها در حال حاضر با وجود انقباض کمری هم چرخه: وزارت بهداشت منابع مردمی در حوزه نظام سلامت را از بین برده است. تعارض منافع مانند یک غده سرطانی در نظام سلامت، ما هر روز گسترده‌تر و بزرگ‌تر می‌شود و نیاز به جراحی دارد.»

در کشورهای توسعه‌یافته سطح‌ساز برای نظام سلامت تعریف می‌شود که سطح اول، پیشگیری است؛ «چون هزینه درمان، تخت بیمارستانی و دارو بسیار بالاتر، بیشترین سرمایه‌گذاری آنها در همین بخش است.» سطح دوم، درمان و سطح سوم، سالمندی و توانبخشی است؛ «کشور ما به‌سبب سالمندی حرکت کرده و در سال‌های آینده با فوران سالمندی روبه‌رو می‌شویم، چون موج جمعیتی دهه ۶۰ به مرحله سالمندی نزدیک می‌شود و این‌زمان فاجعه رخ می‌دهد. بسیاری از پرستاران ما به‌المان مهاجرت می‌کنند، کار آنها مراقبت از سالمندان است. اما در نظام سلامت ما مردم می‌رض می‌شوند، چون سطح پیشگیری، رها شده است و هیچ کاری درباره آن نمی‌شود، او با اشاره به اجرای نشدن طرح «پزشک خانواده» می‌گوید: «۲۴ سال است که می‌خواهند طرح پزشک خانواده را اجرا کنند اما با مقاومت روبه‌روست. سیستم ما به‌شکلی طراحی شده که مردم باید بیمار شوند و به بیمارستان برسند؛ چون پول در درمان است. مسئولان سطح پیشگیری را رها کردند و سطح سه که سالمندی و توانبخشی است را هم رها کردند. منافع مسئولان مادر درمان است، چون پول در این بخش است و این همان تعارض منافع است.» پیش‌تر احمد دلبری، رئیس انجمن علمی سالمندان اعلام کرده بود که پیش‌بینی می‌شود در سال ۱۴۳۰ جمعیت سالمندان سه‌برابر شود. او سرعت دوبرابر شدن جمعیت سالمندی در ایران را منحصربه‌فرد دانسته و آن را با کشورهایمانند فرانسه، سوئد و امریکا مقایسه کرده بود که سرعت رشد دوبرابر شدن سالمندی آنها از ۱۰ به ۲۰ درصد، به‌ترتیب ۱۲۰، ۹۰ و ۷۵ سال طول کشیده است. دلبری بیشترین علت نارضایتی سالمندان را مربوط به وضعیت معیشتی و مالی آنها دانسته و گفته هر چند میانگین تعداد فرزندان سالمندان فعلی کشور، پنج‌فرزند است اما هاشدگی سالمندان، به‌دلیل اشتغال فرزندان دختر و پسر، افزایش یافته و این در حالی است که میزان افسردگی در خانه‌های سالمندان بیش از ۷۰ درصد است. شریفی‌مقدم درباره افزایش تعداد سالمندان می‌گوید: «موج سالمندی شروع شده، هزینه درمان افزایش یافته و وظیفه دولت است که خدمات سلامت را برقرار کند و برای سالمندان برنامه‌های مشخص داشته باشد. اما تاکنون برنامه‌ای برای این گروه جمعیتی وجود ندارد و همین حالا هم به‌دلیل خدماتی که دریافت نمی‌کنند گاهی جان‌شان را از دست می‌دهند، چون رها می‌شوند. نگهداری از سالمندان سخت است و این وظیفه دولت است که از آنها مراقبت کند، اما چنین اتفاقی نمی‌افتد.»

بیماران اعصاب و روان به‌دلیل کمبود مراکز درمانی از یک‌سوی و نبود آواراژانس روانپزشکی ازسوی دیگر، امکان گرفتن خدمات آواراژانس را ندارند: «دولت خیلی کارهایید می‌کرد نکرد، بیماران روانپزشکی را به‌شکل مزاحم برای خودش دید و ما دیگر انتظاری از دولت نداریم». بیماران به‌دنبالشی می‌گویند در همین دوره اخیر، پس از جنگ ۱۲ روزه، عود دوباره با اتفاق افتاده و مردم عادی که نیاز به خدمات روانشناختی دارند، «در همین زمینه هم دولت کاری نکرد» یا سواد این موضوع را ندارند یا برایشان پرهزینه‌ست که کاری نمی‌کنند».

دهباشی می گوید در ایران بار مراقبت، نگهداری و درمان این بیماران برعهده خانواده است و هیچ حمایت اجتماعی ای از آنها وجود ندارد: «مهم ترین نگرانی خانواده ها، تنها مانند بیماران است.» یکی از کاربران شبکه ایکس در توییتر نوشته است: «امروز همه گریه کردیم؛ چون مادریک مرض مدجویمان که ۴۷ سال دست تنها از او مراقبت می کرد، فوت کرد.» این همان مسئله ای است که دهباشی هم آن را تایید می کند: «زمانی که یک پدر و مادر سالمند از بیمار اعصاب و روان شان که در میانسالی است مراقبت می کنند، همیشه نگرانند که تکلیف فرزندان پس از مرگ آنها چه می شوند. آنها معمولاً پس از مرگ پدر و مادرشان سرنوشت اسفناکی پیدا می کنند؛ چون کسی آنها را برای درمان نمی برد، مورد غفلت واقع می شوند و در خانه وضعیت آنها بدتر می شود.» این تجربه برای بیماریانی است که والدین پیش از مرگشان برای آنها خانه و زندگی تهیه کرده باشند. انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنیا در طول سال های فعالیت اش بارها با بیماران واجدیه که پس از فوت پدر و مادرشان، هاشدند: «امانتی برای نهاد غیر دولتی در حوزه بیمار اعصاب و روان هستیم و اگر بیماری تحت پوشش ما بوده باشد، تلاش می کنیم از طریق مددکاری ما بفرزد تماس بگیریم و برای درمان بیایند. اما تعداد آنها پهنسبت کل بیماران بسیار اندک است.»

▼ درآمدزایی به جای سلامت محوری

هانا یکی از کاربران شبکه ایکس در پاسخ به فاطمه، کاربر دیگری که نوشته بود: «من از وقتی یادمه همین بودم، مریض می‌شم همیشه تنها میرم دکتر، تنها میرم سرم می‌زنم، تنها گریه می‌کنم، تنها خرید می‌کنم، تنها حرف می‌زنم و تنها زندگی می‌کنم» نوشته است: «کاش قانون بود آدم‌هایی که با خودشان تنها زندگی می‌کنند، مریض نشوند!» محمد شریفی مقدم، دبیر کل خانه پرستار درباره روند پذیرش بیمار در بیمارستان و تخصیص امکانات پزشکی به آنها که به «هم‌همی» می‌گویند: «آنچه در بیمارستان‌های ما مرسوم است هر که مریضی باید همراه داشته باشد و اگر نداشته باشد کارش به نحو مناسب انجام نمی‌شود، در دیگر کشورها وجود ندارد. در دیگر کشورها همراه بیمار در انتقال در بیمارستان دخالتی ندارد، اورژانس او را منتقل می‌کند و همراه خیالش راحت است که مریض تحویل بیمارستان شده و پس از ترخیص هم مریض را جلوی خانه به خانواده تحویل می‌دهند: «در کشور ما بحث سطح ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در تمام سطوح وجود دارد و مردم مراقبت لازم و خدمات پزشکی ای که نیاز دارند را دریافت نمی‌کنند.» او یکی از علت‌های این موضوع را فاصله داشتن شرایط بخش پرستاری با استانداردهای بین‌المللی می‌داند: «زمانی که شرایط بخش پرستاری ما یکسوم استانداردهای جهانی است، باید انتظار چنین مواردی را هم داشته باشیم، پرستارها در بخش باید نهایتاً پنج مریض و در آی‌سی‌یو بین یک تا دو مریض داشته باشند، اما در حال حاضر بخش ۳۰ تخته را به دو پرستار می‌دهند که ساعت استراحت هم دارند. آنها نمی‌توانند در طول شب خدمات کامل بدهند و به‌همین دلیل همراه ناشی مریض‌ها تبدیل به ضرورت می‌شود. بخشی از راه‌های همراه بیمارستان‌ها باید توسط تیم پرستاری یا خدماتی انجام شود، توسط همراه مریض انجام می‌شود و همراه باید زمانی که مریض مشکل دارد، به پرستار بگوید و این قاعده درستی نیست.»

شریفی مقدم بر این باور است که آنچه در نظام سلامت ما مهم نیست، مریض است؛ «اولویت بیمارستان‌های خصوصی کسب درآمد است و در بیمارستان‌های دولتی هم پس از اجرائی «طرح کارانه» به‌جای بیمار، محور و سلامت‌محوری به‌سمت درآمدزایی رفتند و اولویت بیمارستان درآمد بیشتر شد و مریض را به‌عنوان وسیله‌ای که می‌تواند برای گروهی خاص درآمدزایی کند می‌بینند.» به گفته او در بیمارستان‌ها مریض‌هایی که همراه دارند هم دچار خسارت می‌شوند و آن کسی که همراه ندارد، خسارت بسیار بیشتری می‌بیند؛ «چون همراه بیمار است که مشکلات را اعلام می‌کند و اگر نباشد، همین اتفاق هم نمی‌افتد. مریض‌ها تنها یا سالمندان یا بستگانی ندارند و مصیبت برای آنها صابران است و... وظیفه نظام سلامت این است که کاری توسط همراه انجام نشود اما این اتفاق در کشور ما نمی‌افتد.» بخشی از بیماران تنها، کسانی‌اند که به‌دلیل متفاوتی کارتن خواب شده‌اند؛ «در حال حاضر بسیاری از آنها به بیمارستان نمی‌رسند، چون بر خود عوامل بیمارستان با آنها به گونه‌ای است که تر جیح می‌دهند به بیمارستان نایند و همان کنار خیابان بمانند.» نبود شرایط استاندارد، بین المللی در بخش پرستاری و پایین بودن حقوق پرستاران؛ دو عاملی است که سبب شده زمانی که دانشگاه‌ها از من استخدامی هم برگزار می‌کنند، تعداد شرکت کنندگان به حد نصاب نرسد؛ «ما بین ۶۰ تا ۷۰ هزار نیروی بیکار پرستار داریم که تمایلی به رفتن سر کار ندارند؛ چون حقوق زیر ۲۰ میلیون برای زنی که دو فرزند دارد، تنها هزینه مهدکودک است و مادر باید متحمل هزینه‌های دوی از فرزند هم بشود و به‌هنگام دلیل اگر سر کار نرود برای او هزینه کمتری دارد. این مسئله نونک و کوبیغ است که زیر آن کوچه‌ای از مشکلات وجود دارد و مردم را دچار مشکل و آسیب می‌کند.»

طرح نوین خودگردان بیمارستان‌ها در سال ۱۳۷۵ با هدف افزایش درآمد بیمارستان‌ها از طریق دریافت هزینه خدمات براساس تعرفه و سهم بیمه‌ها، اجرا شد. این طرح به‌معنای حذف بودجه دولتی و سپردن مسئولیت تأمین هزینه‌ها به بیمارستان‌ها و بیماران بود. شریفی مقدم درباره تبعات اجرا شدن این طرح در این سده‌دهه

متفاوت‌بادیگر بیماران تنه‌است: «آنها به دلیل بر چسب بیماری، من‌زوی می‌شوند. بر جمع‌های خانوادگی نیستند؛ یا خودشان کناره‌گیری می‌کنند یا اعضای فامیل از آنها می‌هراسند و مایل به دیدن‌شان نیستند و تنهایی آنها دائمی است. به‌نوع مثال، بیمار شیمی در‌مانی یا بهبود پیدا می‌کند یا اگر در‌مان جواب ندهد، جانش را از دست می‌دهد. اما بیماران اعصاب و روان عمر طولانی دارند و تنهایی آنها مداوم است و مشکلات متفاوت‌تری دارند.» انجمن احبا یا گروهی از روان‌شناسان ایرانی در انگلستان که در کنفرانس هاله‌روان‌شناسی شرکت می‌کنند در ارتباط است. انجمن از آنها خواسته به مرکز آنها بیایند و با هم تعامل داشته باشند: «ما هر چه بیشتر درباره مرگ می‌فکرتیم، آنها بیشتر تعجب می‌کردند و می‌گفتند ما نمی‌دانیم شما چرا انقدر درباره خانواده حرف می‌زنند. در انگلستان آنها خدمات خارج از مرکز انجام می‌دادند و می‌گفتند خانواده را در طول دوران در‌مان نمی‌بینند.» سیستم خدمات اجتماعی برای بیماران اعصاب و روان در بیشتر کشورها به این شکل است که بیمار در بیمارستان بستری می‌شود، زمانی هم که مرخص می‌شود، در خانه‌های بین‌راهی است، سپس به مراکز روانه می‌رود و در نهانخانه‌هایی وجود دارد که آنها می‌توانند در آن زندگی کنند. اگر هم به خانه خودشان بروند، مددکار مرتب به آنها سر می‌زند و دولت متولی این بیماران است: «در کشور ما این بیماران هیچ حمایتی که بتواند بار کوچکی از خانواده سبک کند را ندارند. متولی بیماران مزمن اعصاب و روان در کشور ما سازمان بهزیستی است. اما به‌سواد این کار را دارند. نه سیستم‌های آن برای آنها کارساز است. این سازمان برای این بیماران مستمری بسیار اندکی در نظر گرفته که شامل همه آنها هم نمی‌شود.» این مستمری به همه بیماران اعصاب و روان تعلق نمی‌گیرد، تنها کسانی که بیمه نیستند یا شرایط خاصی دارند، می‌توانند این مستمری را دریافت کنند: «آنها به مرکزی مانند ما هم‌بارانه‌ای می‌دهند که افراد بتوانند از خدمات ما استفاده کنند. اما بیماران باید در دل خانواده زندگی کنند و خانواده آنها را به مرکز می‌آورد و می‌برد و هیچ مسئولیت دیگری روی دوش بهزیستی نیست.» ده‌باشی می‌گوید مراکز شبانه‌روزی آخرین جایی است که باید بیماران در آن بستری شوند اما همان‌ها هم مراکز خصوصی هستند که مجوز گرفتند و براساس اینکه در آمدی داشته باشند ایجاد شدند: «اگر بیماران بخواهند به مراکز شبانه‌روزی بروند و تحت پوشش بهزیستی باشند، از هزینه ۰۰۰ میلیون تومانی نام‌و‌نوا مرکز تنها شش میلیون تومان با بهزیستی می‌پردازد و بقیه هزینه به عهده خانواده است.»

بسیاری از خانواده‌ها به دلیل داشتن بیمار اعصاب و روان اگر قدرت اقتصادی مناسبی هم داشتند، آن را از دست دادند: «یکی از افراد خانواده نهمته‌نهایی می‌تواند به لحاظ اقتصادی نقشی داشته باشد، بلکه فرد دیگری هم باید کار کند که از او مراقبت کند. در نتیجه کل خانواده از نظر اقتصادی از جایگاهش پایین‌تر می‌آید و به همین دلیل هم خانواده توان پرداخت هزینه بستری در مراکز شبانه‌روزی را ندارد.» گفته او در این مراکز بیمارانی بستری می‌شوند که وضعیت مالی خوبی دارند. تمام آنچه دهباشی درباره وضعیت بیماران اعصاب و روان می‌گوید، دلایلی است که سبب می‌شود خانواده‌ها مریض‌های اعصاب و روان را رها کنند: «ما در میان بیماران خودمان کسانی را داریم که پس از مرگ پدر و مادرشان، دیگر اعضای خانواده از مراقبت می‌کردند و پس از مدتی فرد بیمار کم‌کم شد و آنها اصلاً دنبال انگشتند. ما به عنوان مرکزی که پیگیر کارهای درمانی‌شان بود، با چند جا تماس گرفتیم اما نتوانستیم آنها را پیدا کنیم اما خانواده به دنبال‌شان نبودند.» بخشی از بیماران رها شده همان افرادی هستند که در جامعه به شکل کارتن خواب دیده می‌شوند اما همان‌ها هم سهمی از گرگانه‌های شهرداری ندارند: «من با شهرداری منطقه ۱۱ صحبت می‌کردم و می‌گفتند اگر فردی در کارتن خواب‌های جمع‌آوری شده باشد که بیماری اعصاب و روان داشته باشد، به گرمخانه نمی‌برند و او را رها می‌کنند. آنها در خیابان می‌مانند و حتی در کارتن خوابی هم سهمی ندارند، رها می‌شوند و هیچ‌جا پذیرایشان نیست.» دهباشی پس بر این باور است: دولت، زمان که مسئولیت احساس می‌کند، کاری که باید را انجام نداد: «سال ۸۰ بیمارستان روانپزشکی شهید اسماعیلی را تعطیل کردند و جایگزین برای آن در نظر نگرفتند؛ شوید این بیمارستان برای دولت هزینه‌بر بود. یک بیمارستان را تعطیل کردند و به جایش ۲۰ تخت در بیمارستان رسول اکرم به بیماران اعصاب و روان دادند. بنابراین دولت برای خودش وظیفه حمایتی تعریف نکرده که باید درمان روانپزشکی را جدی بگیرد. در وزارت بهداشت هم فعالیت در حوزه اعصاب و روان جدی نبوده و همیشه بخشی پنهان بوده است.» او می‌گوید حالا که دولت در همه ابعاد با بحران روبه‌روست، نمی‌توان برای او وظیفه‌ای تعریف کرد: «اگر قرار بر این بود که دولتی مسئولیت‌پذیر باشد در قبال مردم برای خودش وظیفه‌ای قائل باشد، باید مانند پیش از انقلاب مراکز جامع ساخته می‌شدند. در دل آنها مراکز روانه هم وجود داشتند، ویزیت و داروی بیماران رایگان بود و به همین دلیل خانواده همراهی می‌کرد. اگر بیمار مشکلی داشت مددکار خانواده پیگیری می‌کردند و یک سیستم فعالیتی در جریان بود. اما این مراکز پس از انقلاب از بین رفتند و نهمته‌ها جایگزین نشدند که حتی تخت‌های بیمارستانی هم کم شدند.»

مسئله اورزانس روان‌پزشکی هم‌یکی دیگر از دغدغه‌های همیشگی فعالان این حوزه بوده که به گفته دهباشی هرگز حل نشده: «اراده‌ای هم برای حل شدن آن دیده نشده است. ما برای مریض بدحال اعصاب و روان که بیماری‌اش عود کرده و تهدیدی می‌کند به آمسپیزن به خودش یا دیگران، اورزانس روان‌پزشکی نداریم.» اورزانس تهران برای بیماران اعصاب و روان زمانی که بدحال می‌شوند در شرایطی می‌آید که پلیس در محل حاضر باشد، پلیس هم می‌گوید زمانی در محل حاضر می‌شود که به او حکم داده باشند: «در این فرایند کمترین امکان استفاده از اورزانس دولتی است و خانواده‌ها مجبورند با هزینه‌های گزاف از آمبولانس خصوصی استفاده کنند و آنها اینجند هم از چیزی که همه می‌توانند از آن استفاده کنند، محروم می‌شوند.»

نوبت اول

مناقصه عمومی یک مرحله‌ای

موضوع مناقصه: خرید سه دستگاه بالابری ۱۶ متری (ساخت، نصب روی خودرو و شماره گذاری)

دستگاه مناقصه گزار و آدرس: شرکت توزیع نیروی برق تبریز واقع در تبریز کوی ولیعصر، خیابان نظامی، اول خیابان قطران، شرکت توزیع نیروی برق تبریز

اجرا: ۲ ماه

طریق سامانه ستاد ایران: از تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۲۷ لغایت ۱۴۰۴/۰۸/۰۳

مهلت بارگذاری پیشنهادات در سامانه ستاد: پیشنهاد دهندگان می‌بایست ضمن بارگذاری اسناد ارزیابی کیفی و کلیه مدارک پاکات الف، ب و ج در سامانه ستاد تا ساعت ۱۴:۰۰ مورخ ۱۳۹۴/۰۸/۱۴، نسبت به ارسال اصل پاکت الف به صورت لاک و مهر شده ظرف همان مهلت به دبیرخانه این شرکت اقدام نمایند.

تذکره: به پیشنهاد‌های فاقد امضا، مشروط، مخدوش و پیشنهاد‌هایی که بعد از انقضای مدت مقرر در فراخوان واصل می‌شود، مطلقاً ترتیب اثر داده نخواهد شد. مبلغ تضمین شرکت در مناقصه: برابر ۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال بوده و پیشنهاد‌های فاقد تضمین، تضمین مخدوش، تضمین کمتر از میزان مقرّر بلا اثر می‌باشند.

شرایط خاص برای ورود مناقصه:

▲ ارائه مجوز کاربری سازی (بالا بر) از

▲ ارائه مجوز شماره گذاری خودرو (بالابر) از پلیس

ارائه گواهی استاندارد محصول

زمان و محل قرائت پاکت‌های م

ساعت ۰۸:۰۰ مورخ ۱۴۰۴/۰۸/۱۸ طبقه ششم (سالن

کلیدهای اصلی برای مقابله با چالش‌های امنیتی در فضای دیجیتال عبارتند از:

به آدرس www.setadiran.ir انجام خواهد شد و لازم است مناقصه گران در صورت عدم عضویت قبلی، مراحل ثبت نام در سایت مذکور و دریافت گواهی

امضای الکترونیکی را جهت شرکت در مناقصه محقق سازند.

سایر اطلاعات و جزئیات مربوطه در اسناد مناقصه مندرج بوده و سایت‌های زیر جهت اطلاع‌رسانی اعلام می‌گردند:

پایگاه اطلاع رسانی مناقصات <http://lets.mporg.ir> و سایت معاملات توانیر <http://www.tavanir.org.ir>

وسایت توزیع برق تبریز <http://www.toztab.ir>