



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اداره کل نظارت و ارزیابی تجهیزات و ملزومات پزشکی

ضوابط فاکتور و پیش فاکتور

اداره کل تجهیزات پزشکی

بهار ۱۳۹۷

ضوابط، الزامات و نکات عمومی پیش فاکتور و فاکتور تجهیزات پزشکی

| ردیف | گروه پزشکی | کد UMDNS | کد IMD | نام کالا | مدل کالا | گمبانی سازنده | کشور سازنده | نماینده | حداکثر قیمت فروش به داروخانه/مرکز درمانی (ریال) | حداکثر قیمت مصرف کننده (ریال) |
|------|------------|----------|--------|----------|----------|---------------|-------------|---------|---|-------------------------------|
|------|------------|----------|--------|----------|----------|---------------|-------------|---------|---|-------------------------------|

الزامات و نکات عمومی پیش فاکتور:

- در سربرگ فروشنده باشد.
- در بالای برگه کلمه پیش فاکتور قید گردد.
- دارای شماره سری، تاریخ صدور و مهلت اعتبار باشد.
- نام کامل خریدار به همراه آدرس و تلفن قید گردد.
- نام شرکت/کارخانه صادر کننده پیش فاکتور به همراه آدرس و تلفن قید گردد.
- دارای نام و مشخصات کامل کالا شامل موارد: شرح کالا (نام دقیق کالا، مدل، سایز/ابعاد، مشخصات فنی، کد کاتالوگ)، نام تجاری (برند)، نام تولیدکننده، کد محصول (IMD: Iranian Medical Device Code)، تعداد، قیمت واحد (مصرف کننده)، قیمت کل (مصرف کننده) باشد.
- اگر پیش فاکتور بیش از یک برگ داشت شماره صفحات قید گردد و در کلیه صفحات شماره و تاریخ پیش فاکتور و مهلت اعتبار پیش فاکتور قید گردد.
- پیش فاکتور بایستی دارای مهر و امضا فروشنده باشد.

الزامات و نکات عمومی فاکتور:

- در سربرگ فروشنده باشد.
- در بالای برگه کلمه فاکتور قید گردد.
- دارای شماره سری، تاریخ صدور و مهلت اعتبار باشد.
- نام کامل خریدار به همراه آدرس و تلفن قید گردد.
- نام شرکت/کارخانه صادر کننده فاکتور به همراه آدرس و تلفن قید گردد.
- دارای نام و مشخصات کامل کالا شامل موارد: شرح کالا (نام دقیق کالا، مدل، سایز/ابعاد، مشخصات فنی، کد کاتالوگ، یکبار مصرف بودن/نبودن، استریلیتی/عدم استریلیتی)، نام تجاری (برند)، نام تولیدکننده
Batch No /Serial No/ Lot No، کد محصول **IMD : Iranian**
Medical Device Code، تعداد، قیمت واحد (مصرف کننده)، قیمت کل (مصرف کننده)
باشد.
- اگر فاکتور بیش از یک برگ داشت شماره صفحات قید گردد و در کلیه صفحات شماره و تاریخ فاکتور و مهلت اعتبار فاکتور قید گردد.
- فاکتور بایستی دارای مهر و امضا فروشنده باشد.



گروه مهندسی هپتاز

پیش فاکتور

به نام ایزد یکتا

شماره:
تاریخ:
پیوست:

نمایندگی فروش و خدمات پس از فروش محصولات  در ایران

| نام شرکت: | | نام مشتری: | | کد مشتری: | |
|------------------|----------|------------|-----------|------------------|----------------|
| آدرس: | | | | تلفن: | |
| ردیف | شرح کالا | تعداد | واحد کالا | قیمت واحد (ریال) | قیمت کل (ریال) |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| قیمت کل به حروف: | | به عدد | | (ریال) | |

شرایط فروش: نقدی غیر نقدی
اعتبار این پیش فاکتورساعت می باشد.

صورتحساب فروش کالا

| | | |
|--|--|---------|
| | | فروشنده |
| نام خریدار: خانم مهر تاج جوشن شهرکی (بیمار آقای دکتر فلتزی پور) آدرس: تهران - بیمارستان آتیه تلفن: 0912-1899713 | | خریدار: |
| شماره اقتصادی: 1391/08/11 کد ملی: 1391/08/11 تاریخ: | | |

| ردیف | کد گروه کال | شرح کالا و خدمات | واحد کالا | قیمت واحد برزیال | جمع برزیال |
|------|-------------|--------------------|-----------|------------------|------------|
| | | پروتز کولتان نی چپ | 1 | 92.000.000 | 92.000.000 |
| | | شامل: | | | |
| | IMP 01001 | شمور چپ سایز 1 | 1 | 39.785.882 | 39.785.882 |
| | IMP 20001 | تن بیا بوس سایز 1 | 1 | 35.739.861 | 35.739.861 |
| | IMP 71109 | تن بیا پلوت سایز 1 | 1 | 15.197.104 | 15.197.104 |
| | | سپهان ارتوپدی | 1 | 1.277.153 | 1.277.153 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

شرکتی شخصی مزایای فروش

نصب و راه اندازی و آموزش: _____
 مبلغ کل: **92.000.000**

بسم تعالی

تاریخ: ۱۳۹۴/۰۷/۱۳

خریدار محترم:

تلفن:

شماره: ۷۰۳۱

| رد | نام کالا | توضیح | تعداد | قیمت واحد | قیمت کل |
|----|-----------------|-------|-------|-----------|------------|
| ۱ | تست اتوکلاو | | ۳۳۶ | ۳۲,۰۰۰ | ۱۰,۷۵۲,۰۰۰ |
| ۲ | دستکش جراحی ۶/۵ | | ۲,۰۰۰ | ۱۰,۰۰۰ | ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ |

به حروف: سی میلیون و هفتصد و پنجاه و دو هزار ریال

خواهشمند است حداکثر تا مدت یکماه اسناد بدهی خود را ارسال نمایید

مانده کل قابل تسویه
۸۷,۵۶۲,۰۰۰ ریال (بد)

مانده کل قابل تسویه

هشتاد و هفت میلیون و پانصد و شصت و دو هزار ریال

مبلغ کل قابل تسویه

| | | |
|----------------------|-------------------------|------|
| ۳۰,۷۵۲,۰۰۰ | قیمت کل | ۲۳۳۶ |
| | کسر میگردد | |
| | اضافه میشود | |
| ۵۶,۸۱۰,۰۰۰ ریال (بد) | مانده قبل از این فاکتور | |
| ۸۷,۵۶۲,۰۰۰ ریال (بد) | مانده کل قابل تسویه | |

تلفن:

آدرس:

توزیع کننده کلیه تجهیزات پزشکی، موارد مصرفی، رادیولوژی، نخ های جراحی

شرکت



شماره ۱۸۵۲

برگ فروش کالا
INVOICE

تاریخ: ۱۳۹۹/۱۲/۲۷

آدرس: [Redacted]

تلفن: [Redacted]

خریدار

| ردیف NO | شرح کالا DISCRIPTION | تعداد QTY | فی (ریال) UNIT PRICE | مبلغ کل (ریال) TOTAL PRICE |
|------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|
| ۱ | ست سبز | ۵ | ۱۷۰۰۰ | ۸۵۰۰۰۰۰۰ |
| ۲ | ست سفید | ۱ | ۵۲۰۰۰ | ۵۲۰۰۰ |
| ۳ | ست سبز و سفید | ۱ | ۱۴۵۰۰ | ۱۴۵۰۰ |
| ۴ | ست سبز | ۱ | ۱۴۵۰۰ | ۱۴۵۰۰ |
| ۵ | ست سبز | ۱ | ۹۴۰۰ | ۹۴۰۰ |
| ۶ | ست سبز | ۱ | ۱۴۱۰۰ | ۱۴۱۰۰ |
| ۷ | ست سبز | ۱ | ۱۲۵۰۰ | ۱۲۵۰۰ |
| ۸ | ست سبز | ۱ | ۱۲۵۰۰ | ۱۲۵۰۰ |
| ۹ | تغذیه | ۱ | ۲۰۷۱۸۰۰ | ۲۰۷۱۸۰۰ |
| ۱۰ | | | | |
| ۱۱ | | | | |
| ۱۲ | | | | |
| ۱۳ | | | | |
| ۱۴ | | | | |
| ۱۵ | | | | |
| مبلغ بحروف | | جمع کل GRAND TOTAL | | |

۹۹۰۴۰۰۰۰۰۰

مردود
امضاء خریدار

مبلغ بحروف
کلیه بدهی و طلب
و در صورت
کالی فوق صحیح و سالم تحویل اینجانب

امضاء فروشنده

