



महाराष्ट्र शासन
औषध भांडार विभाग

शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय व रुग्णालय, जळगांव

Jilhapheth, Govt. Hospital Campus, Jalgaon - 425001, M.S. (INDIA)

Telephone No. 0257- 2222916

Email- deangmcjalgaon@gmail.com

जा.क्र.शावैमजवरु/औभां/दरपत्रके/8626 /२१

दि. 06 /10/२०२१

OPEN NOTICE

अधिष्ठाता, शासकीय वैद्यकीय महाविद्यालय व रुग्णालय, जळगांव हे खालील नमूद औषधांच्या खरेदीकामी दरपत्रके मागवित आहेत. इच्छुक पुरवठादारांनी आपली दरपत्रके सिलबंद लिफाफ्यात या कार्यालयाच्या आवक शाखेत दिलेल्या अटी व शर्तीस अधिन राहून मुदतीत सादर करावी.

Sr No	Name of Medicine	Qty Required
1	Inj Phenytoin 50 mg/ml, 2 ml	2000
2	Tab Clobazam 5 mg	10000
3	Tab Clonazepam 0.5 mg	40000
4	Tab Clozapine 50 mg	15000
5	Tab Escitalopram 10 mg	25000
6	Tab Misoprostol 200 mcg	8000
7	Glycerine bottle 400 ml	150
8	Dinoprostone gel 0.5 mg	300
9	Hydrogen Peroxide 6 % w/v, 500 ml	600
10	IV Hydroxy Ethyl Starch 6%, 500 ml	150
11	Inj Amiodarone 50mg/ml, 3 ml amp	200
12	Inj Adenosine 3 mg/ml, 2 ml amp	100
13	Inj Lignocaine 2 %, 30 ml vial	800
14	Inj Noradrenaline 2 mg/ml, 2 ml	2000
15	Inj Tranexamic Acid 100 mg/ml, 5 ml	3000
16	Inj Labetolol 5 mg/ml, 4 ml amp	600
17	Inj Phytomenadion 1 mg/ml, 1 ml	3000
18	Inj Hepatitis B Immunoglobulin 100 IU	35
19	Inj Sodium Bicarbonate 7.5 %, 10 ml	4000
20	Tab Cetirizine 10 mg	200000
21	Tab Fluconazole 150 mg	20000

Sr No	Name of Medicine	Qty Required
22	Tab Chlorpromazine 50 mg	60000
23	Tab Resperidone 2 mg	40000
24	Tab Atorvastatin 10 mg	15000
25	Tab Cabergoline 0.5 mg	300
26	Tab Labetolol 50 mg	2000
27	Inj Tramadol 50 mg/ml, 2 ml amp	2000
28	Cough Expectorant Diphenhydramine Hcl 15 mg + Ammonium chloride 150 mg+ Sodium Citrate 60 mg+ Menthol 1 mg (IP) or Equivalent, 100 ml	25000
29	Povidone Iodine Solution 5 % 500 ml	700
30	Surgical Spirit B.P. with methyl Salicylate, Diethyl Pthalate & castor oil in denatured alcohol, 400 ml	800
31	Inj Atropin 1mg/ml, 100 ml bott	300
32	Inj Atropin 0.6 mg/ ml, 1 ml amp	5000

1	दरपत्रके सिलबंद लिफाफयात या कार्यालयास पोहचतील या बेताने पाठविणे .	१. दि. 13 / 10 / २०२१ रोजी सायं ५.३० वाजेपावेतो २. लिफाफयावरील वरील बाजूस " औषधांकरिताची दरपत्रके " असे नमूद करावे .
2	दरपत्रके उघडणे	दि. 14 / 10 / २०२१ रोजी दूपारी 12.00 वाजता (शक्य झाल्यास)

अटी व शर्ती

१. औषधींचे दर हे प्रति नगामध्ये (प्रति टॅब/कॅप्सूल/बॉटल/व्हायल/अॅम्पूल इत्यादी) नमूद करावे व औषधांसाठीचे दरपत्रकात दर्शविण्यात आलेले दर हे बाजारभावापेक्षा अधिक नसावेत तसेच औषधे लागू असतील तेथे GMP certified Company उत्पादित असावीत. औषधांचे दर हे औषधी हया कार्यालयात पोहचविणे (F.O.R. Destination) तसेच सर्व करांसहित असावेत. दरपत्रकात खाडाखोड करण्यात येवू नये. सदर औषधी पोच करण्याचे ठिकाण हे मध्यवर्ती औषध भांडार, शासकिय वैद्यकिय महाविद्यालय व रुग्णालय, जळगांव हे राहिल.
२. तूलनात्मक दर प्राप्त करण्यासाठी कमीत कमी तीन दरपत्रके आवश्यक राहतील. दिलेल्या विनिर्दिष्टानुसार (Specification) असलेले कमीत कमी दर स्विकारण्यात येतील.
३. यशस्वी दरपत्रक धारकास औषधांचा गरजेनुसार पुरवठा आदेश देण्यात येईल.
४. पुरवठा आदेश दिल्यापासून ३० दिवसांच्या आत पुरवठा करावा लागेल.
५. औषधांची देयके ही CMP/NEFT/Cheque द्वारे करण्यात येईल.
६. दरपत्रक ग्राह्य कालावधी हा दर स्विकृतीपासून सहा (६) महिन्यांचा राहिल.

७. दरपत्रक सिलबंद लिफाफ्यात सादर करावयाचे दस्तावेज (Document) :

अ) अन्न व औषध प्रशासन यांचेकडील परवाना.

ब) वस्तु व सेवा कर नोंदणी प्रमाणपत्र.

क) पॅन (PAN) कार्ड.

ड) दरपत्रक मागणी पत्रातील अटी व शर्ती मान्य असल्याचे हमीपत्र.

ई) प्रत्येक पुरवठादारास केवळ एक दरपत्रक सादर करता येईल. खरेदी प्राधिका-यासोबत हितसंबंधाचा संघर्ष नसल्याबाबत तसेच एकल दरपत्रक देण्याबाबत हमीपत्र. (सोबत नमूना प्रत जोडली आहे)

उक्त सर्व दस्तावेज वैध (Valid) तसेच सिलबंद दरपत्रक लिफाफा सादर करते वेळी लिफाफ्यात असणे आवश्यक आहे. सर्व दस्तावेज क्रमाने दरपत्रकासोबत संलग्नित करावे (Checklist Attached).

८. अपवादात्मक परिस्थितीत उक्त कोणत्याही अटीत आवश्यकतेनुसार अंशतः बदल करणे, अथवा प्राप्त झालेले कोणतेही दरपत्रके कोणतेही कारण ने देता स्विकारणे / नाकारणे तसेच कोणत्याही स्तरावर खरेदीप्रक्रिया रद्द करणे इ. अधिकार संस्थाप्रमुख यांनी राखून ठेवलेले आहेत.



(डॉ मिलिंद फुलपाटील)

अधिष्ठाता

शासकिय वैद्यकिय महाविद्यालय

व रुग्णालय, जळगांव

अत्यावश्यक दस्ताऐवज पडताळणी सुची (Document Checklist)

दरपत्रक मागणी पत्रात अट क्रं ७ मध्ये नमूद करण्यात आलेले सर्व दस्ताऐवज दरपत्रक सिलबंद लिफाफ्यात खालील क्रमाने दरपत्रकासोबत सादर करण्यात आलेले आहे.

दस्ताऐवज मागणी क्रं	दस्ताऐवजाचा तपशिल	पान नंबर
अ	अन्न व औषध प्रशासन यांचेकडील परवाना	
ब	वस्तू व सेवा कर नोंदणी प्रमाणपत्र	
क	पॅन (PAN) कार्ड	
ड	दरपत्रक मागणी पत्रातील अटी व शर्ती मान्य असल्याचे हमीपत्र	
ई	खरेदी प्राधिका-यासोबत हितसंबंधाचा संघर्ष नसल्याबाबत तसेच एकल दरपत्रक देण्याबाबत हमीपत्र.	

(पुरवठादाराची सही व शिक्का)

दरपत्रकधारकाचे लेटरहेड

दि. / /२०२१

प्रति,
अधिष्ठाता,
शासकिय वैद्यकिय महाविद्यालय
व रुग्णालय, जळगांव.

विषय : दरपत्रक मागणी पत्रातील सर्व अटी व शर्ती मान्य असल्याबाबत हमीपत्र
सादर करणेबाबत.....

संदर्भ : आपले दरपत्रक मागणी पत्र क्रं शावैमजवरु/औभां/दरपत्रके/ /२१
दि. / /२०२१

महोदय,

संदर्भाकित दरपत्रक मागणी पत्रातील सर्व अटी व शर्ती मी वाचून दरपत्रक
दरपत्रकप्रक्रियेसाठी सादर करित आहे. सर्व अटी व शर्ती मान्य असून तद्संबंधीचे हमीपत्र
खालीलप्रमाणे सादर करित आहे.

हमीपत्र

याद्वारे हमी देतो की, दरपत्रक मागणी पत्रात नमूद असलेल्या सर्व अटी व शर्ती
मान्य असून, त्यांचे तंतोतंत पालन करण्यात येईल. तसेच दरपत्रक सिलबंद लिफाफ्यात सादर
करण्यात आलेली सर्व माहिती, दस्तावेज व करारनामे इ. भविष्यात असत्य / बनावट / अवैध
आढळून आल्यास, त्यास सर्वस्वी जबाबदारी आमची राहिल. नियमानुसार होणा-या कार्यवाहीस
मी / आम्ही पात्र असू. तद्संबंधी माझी / आमची कुठलिही हरकत राहणार नाही. अशी
याद्वारे हमी देत आहे.

अधिकृत व्यक्तिचे नाव, स्वाक्षरी
शिकका आणि मोहर

दरपत्रकधारकाचे लेटरहेड

दि. / /२०२१

प्रति,
अधिष्ठाता,
शासकिय वैद्यकिय महाविद्यालय
व रुग्णालय, जळगांव.

विषय : एकल दरपत्रक सादर करणेसंबंधीचे हमीपत्र सादर करणेबाबत.....

संदर्भ : आपले दरपत्रक मागणी पत्र क्रं शावैमजवरु/औभां/दरपत्रके/ /२१

दि. / /२०२१

महोदय,

संदर्भाकितं दरपत्रक मागणी पत्रानुसार मागणी करण्यात आलेले एकल दरपत्रक सादर करण्यासंबंधीचे हमीपत्र खालीलप्रमाणे सादर करित आहे.

हमीपत्र

याद्वारे हमी देतो की, दरपत्रक प्रक्रियेसाठी एकच दरपत्रक सादर करित आहे. आमच्याच संस्थेशी निगडीत असलेल्या कूठल्याही व्यक्तीच्या नावे किंवा प्रत्यक्षपणे आम्हास लाभ होईल, अश्याप्रकारे दूसरे दरपत्रक दरपत्रक प्रक्रियेमध्ये सदर केलेले नाही. तसेच माझे / आमचे आपल्या कार्यालयातील खरेदी प्राधिका-यांशी कूठलेही हितसंबंध नाही.

उक्त बाब भविष्यात असत्य / खोटी आढळून आल्यास, त्यास सर्वस्वी जबाबदारी आमची राहील. नियमानुसार होणा-या कार्यवाहीस मी / आम्ही पात्र असू. तद्संबंधी माझी /आमची कुठलिही हरकत राहणार नाही. अशी याद्वारे हमी देत आहे.

अधिकृत व्यक्तीचे नाव, स्वाक्षरी
शिक्का आणि मोहर