कार्यालय संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक
गांधी स्मारक चिकित्सालय रीवा म.प्र.

निविदा

2025–2026

श्यामशाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा से सम्बद्व सुपरस्पेशिलिटी ब्लॉक के नेफ्रोलॉजी विभाग हेतु किडनी ट्रान्सप्लांट यूनिट में होने वाली न्यूक्लियर जांचें (Nuclear Test) एवं अन्य लैब जांच कराने हेतु आउटसोर्स माध्यम एवं दरें निर्धारण हेतु ई–निविदा

(लोकल पर्चेस)

(तृतीय आमंत्रण)

निविदा क्रमांक–09 /2025–26

कीमत रू. 2000/–
(रूपये दो हजार मात्र)

ONLINE TENDER SCHEDULE

ई-निविदा क्र-09./2025-26

SEQ NO	SCHEDULE	START DATE & TIME	EXPIRY DATE & TIME
1	PURCHASE OF TENDER ONLINE	26/09/2025 11:00AM	09-10-2025 6:00PM
2	BID SUBMISSION ONLINE	26/09/2025 11:00AM	09-10-2025 6:00PM
4	TECHNICAL BID OPEN	13/10/2025 11:00AM	—
5	FINANCIAL BID OPEN	पृथक से सूचित किया जावेगा।	—

ई–मेलः– jdsupdtgmhrewa@rediffmail.com,

संपर्कः– 07662-350106,+91–9644695933, 9617348113,9575285501

पोर्टल में ऑनलाईन अपलोड किए जाने वाले दस्तावेजों की सूचीः–

1. प्रतिभूति राशि(EMD-earnst money deposit) राशि रूपये 50,000.00 (रू.पचास हजार)ऑनलाईन जमा की रसीद।
2. मूल निविदा प्रपत्र हस्ताक्षर एवं सील सहित (Online purchased) सभी पृष्ठ
3. फर्म/संस्था के रजिस्ट्रेशन।
4. वित्तीय वर्ष, 2022–23 एंवं 23–24 (एसेसमेंन्ट ईयर 23–24 एवं 24–25) का आयकर रिटर्न जमा करने की स्वयं
   द्वारा सत्यापित छायाप्रति)
5. 100 रू. के नॉन–ज्यूडिशियल स्टाम्प पर निर्धारित घोषणा पत्र ।
6. पैन कार्ड
7. वार्षिक टर्न ओवर संबंधी प्रमाण पत्र सी.ए. द्वारा जारी। (रू 20.00 लाख वार्षिक से कम नही होना चाहिये वर्ष 2024–25)
8. जी.एस.टी. रजिस्ट्रेशन।
9. जीवित NABL/CAP ACCREDITED LAB LICENCE का प्रमाण पत्र।
10. TURN OUT TIME की सूची।
11. DTPA SCAN से संबंधित लाईसेंस का प्रमाण पत्र **(केबल न्यूक्लियर जांच हेतु)**।
12. अधिकृत लैब (Franchise lab) को मूल लैब द्वारा दिया गया ऑथराईजेशन प्रमाण पत्र की छायाप्रति।
13. **MSME रजिस्ट्रेशन की (वैकल्पिक)**
14.

तकनीकी बिड हेतु प्रपत्रः–

स. क्र.	तकनीकी मापदण्ड हेतु अनिवार्य दस्तावेज	निविदाकार के द्वारा टिक किया जावें। पृष्ठ क्र. दर्शायें		परीक्षण समिति द्वारा टिक किया जावें।	
		हां	नही	हां	नही
1.	प्रतिभूति राशि(EMD-earnst money deposit) र राशि रूपये 50000.00 ऑनलाईन जमा की रसीद।				
2.	मूल निविदा प्रपत्र हस्ताक्षर एवं सील सहित।				
3.	फर्म/संस्था का रजिस्ट्रेशन।				
4.	वित्तीय वर्ष, 2022–23 एवं 23–24 (एसेसमेंन्ट ईयर 23–24 एवं 24–25) का आयकर रिटर्न जमा करने की स्वयं द्वारा सत्यापित छायाप्रति)				
5.	100 रू. के नॉन–ज्यूडिशियल स्टाम्प पर निर्धारित घोषणा पत्र				
6.	पैन कार्ड				
7.	वार्षिक टर्न ओवर संबंधी प्रमाण पत्र सी.ए. द्वारा जारी। (रू 20.00 लाख वार्षिक से कम नही होना चाहिये वर्ष 2024–25)				
8.	जी.एस.टी. रजिस्ट्रेशन।				
9.	जीवित NABL/CAP ACCREDITED LAB LICENCE का प्रमाण पत्र।				
10.	TURN OUT TIME की सूची।				
11.	DTPA SCAN से संबंधित लाईसेंस का प्रमाण पत्र **(केबल न्यूक्लियर जांच हेतु)।**				
12.	अधिकृत लैब (Franchise lab) को मूल लैब द्वारा दिया गया ऑथराईजेशन प्रमाण पत्र की छायाप्रति।				
13.	**MSME रजिस्ट्रेशन की (वैकल्पिक)**				

नोट– तकनीकी दस्तावेजों में पृष्ठ कमांक अंकित करना अनिवार्य है।

निविदाकर्त्ता संस्था प्रमुख के हस्ताक्षर ....
निविदाकर्त्ता संस्था प्रमुख का नाम ....
(स्पष्ट अक्षरों)
संस्था का नाम एवं पूर्ण पता एवं सील ....
बैंक का नाम, खाता क्र. एंव आई.एफ.एस.कोड...

श्यामशाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा से सम्बद्व सुपरस्पेशिलिटी ब्लॉक के नेफ्रोलॉजी विभाग हेतु किडनी ट्रान्सप्लांट से संबधित न्यूक्लियर जांचें (Nuclear Test) एवं अन्य लैब जांच (बायोकैमेस्ट्री, हेमेटोलॉजी, क्लीनिकल पैथेलॉजी, माईक्रोबायोलॉजी, इम्यूनोलॉजिकल एवं हिस्टोपैथेलॉजी जांच) के आउटसोर्स माध्यम एवं दरें निर्धारण हेतु

ई–निविदा फार्म नियम एवं शर्तें

1. श्यामशाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा से **सम्बद्व सुपरस्पेशलिटी ब्लॉक के नेफ्रोलॉजी विभाग हेतु किडनी ट्रान्सप्लांट से संबधित बायोकैमेस्ट्री, हेमेटोलॉजी, क्लीनिकल पैथोलॉजी, माईक्रोबायोलॉजी, ईम्यूनोलॉजिकल एवं हिस्टोपैथोलॉजी जांचो के आउटसोर्स माध्यम से दरें निर्धारण ई–निविदा** (प्रथम आमंत्रण) आंमत्रित की जाती है। निविदा प्रपत्र वेबसाईट https://mptenders.gov.in/ पर आनलाईन भुगतान कर क्रय किये जा सकेंगे। इसे चिकित्सा महाविद्यालय रीवा की वेबसाइट http://www.ssmcrewa.ac.in में भी देखा जा सकेगा।
2. यदि निविदादाता द्वारा अधिकृत संस्था है तो उनके संस्थान का लैब द्वारा दिया हुआ औथोराईजेसन लैटर एवं NABL/ CAP ACCREDITED LAB एवं DTPA Scan से संबंधित Licence का प्रमाण पत्र(केवल न्युक्लियर टेस्ट हेतु)संलग्न करें, अन्यथा निविदा अमान्य कर दी जावेगी। जिस लैब का औथोराईजेश्न है, उसी लैब कि रिपोर्ट मान्य होगी, औथोराईजेश्न वर्तमान वर्ष के लिए होना आवश्यक है।
3. औथोराईजेश्न लैटर का वेरीफिकेशन किये जाएगें एवं गलत पाये जाने की स्थिति में निविदा निरस्त कर दी जावेगी।
4. निविदाकर्ता की स्वयं की लैब में विभिन्न यूनिट जो इस प्रकार हैः– 1- Biochemistry, 2- Hematology, 3- Clinical Pathology, 4- Immunological test, 5- Histopathology एवं लैब टेक्नीशियन सैम्पल लेने के लिए 24 घण्टे उपलब्ध होना आवश्यक है।
5. प्रत्येक जांच हेतु Turn Out Time उपलब्ध करवाना आवश्यक है।
6. विभिन्न वार्डो में भर्ती मरीजों की जांचों हेतु जो सैम्पल प्राप्त किऐ जावेंगे उसे ले जाने के पहले नियुक्त नोडल अधिकारी के यहां प्रविष्ट कराकर ही ले जाना होगा ताकि जांच उपरांत देयक प्राप्त होने पर सत्यापन में सुविधा हो।
7. निविदाकार को आवश्याकतानुसार भर्ती मरीजों का सेम्पल बेड साइड से ही लेना होगा एवं उनकी रिपोर्ट निर्धारित समय सीमा के अंदर संबंधित विभाग को जहां से सैम्पल प्राप्त किया गया है को देना अनिर्वाय होगा। सिर्फ उन्ही जॉचों का सैम्पल अनुबंधित लैब द्वारा लिया जावेगा, जिन जांचों के लिए वह लैब अनुबंधित है। आउटसोर्स के माध्यम से कराई जाने वाली जाचें भर्ती मरीजों जो प्रदेश शासन द्वारा लागू आयुष्मान योजना एवं अन्य योजना के हितग्राही जिन्हे राज्य शासन द्वारा निःशुल्क जांच उपचार की पात्रता दी गई है, केवल उन्ही की जांच भुगतान हेतु मान्य होगी। महाविद्यालय एवं संबंद्ध चिकित्सालयों के स्टाफ के लिए चिकित्सको द्वारा सलाह दिए जाने पर इन्ही दरों पर उनके द्वारा स्वयं भुगतान कर जांच कराई जा सकेगी। ए.पी.एल.मरीज एवं समस्त शासकीय कर्मचारी चिकित्सा महाविद्यालय एवं चिकित्सलयीन स्टाफ इन्ही दरों पर स्वयं भुगतान करेगें। इनसे प्राप्त राशि प्राप्त करने का उत्तरदायित्व निविदाकार का होगा। सभी विषयों से स्वयं रोगी तथा निविदाकर उत्तरदायी होंगे। मरीजों की जांच के लिए सैम्पल निविदाकर द्वारा नियुक्त योग्यताधारी कर्मचारी जो पैरामेडिकल काउन्सिल भोपाल में पंजीकृत हो द्वारा ही लिया जावेगा एवं उस पर मरीज के नाम, जांच इत्यादि का लेबल लगाने की जिम्मेदारी निविदाकार की होगी। इसमें किसी भी प्राकर की त्रुटि होने पर इसी पूर्ण जिम्मेदारी निविदाकार की होगी।
8. निविदाकार को सभी जांचों की रिपोर्ट निर्धारित समय–सीमा के भीतर देनी होगी।निविदाकर को कार्य में लगाये गये कर्मचारियों की विस्तृत जानकारी जिसमें नाम, पता शैक्षणिक योग्यता उम्र व प्रशिक्षण आदि को अधोहस्ताक्षरकर्ता के कार्यालय में जमा करानी होगी।

9. निविदाकार को सैम्पल कलेक्शन हेतु भेजे गए कर्मचारियों को यूनिफार्म एवं फोटोयुक्त परिचय पत्र स्वयं के व्यय पर बनवा कर देना होगा तथा वह निर्धारित यूनिफार्म तथा परिचर पत्र के साथ ही सैम्पल कलेक्शन कर सकेगा।

10. निविदाकार को निविदा में स्वीकृति दर के आधार पर प्रत्येक माह की 5 तारीख तक संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक जी.एम.एच, रीवा के यहां आवश्यक दस्तावेजों के साथ देयक प्रस्तुत प्रस्तुत करना होगा जिसका सत्यापन संबधित विभाग के नामित विशेषज्ञ/नोडल अधिकारी से कराने के उपरान्त भुगतान की कार्यवाही की जावेगी।

11. श्याम शाह चिकित्सा महाविद्यालय की स्वाशासी समिति शासन/जनहित में आवश्यकतानुसार करार पत्र में कोई अतिरिक्त कंडिका का समावेश निविदाकार की सहमति से कर सकेगी।

12. प्रारंभिक तौर पर निविदा 01 वर्ष के लिए होगी अथवा शासन के निर्देशानुसार कभी भी समाप्त की जा सकती है। निविदा की अवधि का विस्तार भी किया जा सकता है, जिसका पूर्ण अधिकार अधिष्ठाता श्याम शाह चिकित्सा महाविद्यालय, रीवा को होगा। जब कभी चिकित्सालय में कोई जांच होने लगेगी तो वह निविदा जांच सूची से विलोपित मानी जावेगी अर्थात यह जांच नही कराई जावेगी। ऐसी जांचो के चिकित्सालय में प्रारंभ होने की सूचना एवं विभागों में प्रसारण की संपूर्ण जिम्मेदारी संबंधित विभाग की होगी।

13. निविदाकर के किसी भी कर्मचारियों के द्वारा शासकीय योजना के जांच एवं उपचार हेतु पात्र हितग्राही मरीजों से किसी भी प्रकार का भुगतान नही लिया जाना है यदि ऐसा करना पाया जाता है तथा स्वीकृत दर से अधिक भुगतान लिया जाता है तो अनुबंध निरस्त किया जा सकेगी।

14. निविदाकार के किसी भी कर्मचारी को चिकित्सालय परिसर के अंदर बिना बुलाए/अकारण भ्रमण की अनुमति नही होगी। अकारण भ्रमण करते पाए जाने पर निविदाकार की संस्था के उपर कठोर कार्यवाही की जावेगी।

15. सफल निविदाकार द्वारा प्रतिदिन सैम्पल कलेक्शन का रिकार्ड स्वयं के व्यय पर कम्प्यूटर में संधारित किया जावेगा, जिसकी माहवार जानकारी साफ्ट एवं हार्ड कॉपी के रूप में नोडल अधिकारी को उपलब्ध करानी होगी। जानकारी उपलबध कराने पर ही देयक का भुगतान किया जावेगा।

16. लेबोट्ररी में कार्य करने के लिए आवश्यक विशेषज्ञ चिकित्सक, बायोकेमिस्ट, लैब टेक्नीशियन एवं अन्य पैरा मेडिकल स्टाफ की योग्यता एम.सी.आई एवं म.प्र. पैरामेडिकल काउन्सिल के मापदण्डों के अनुसार होना चाहिए तथा सभी का जीवित पंजीयन अनिवार्य होगा।

17. जांच रिपोर्ट में त्रुटि/गलत रिपोर्टिंग किए जाने के कारण यदि मरीज के स्वास्थ्य में विपरीत प्रभाव पड़ता है या उससे कोई नुकसान होता है, जो इसके लिए उत्पतन्न होने वाली किसी भी प्रकार की वैधनिक कार्यवाही के लिए निविदाकार स्वयं जिम्मेदार होगा।

18. जिस विभाग में मरीज उपचार के लिए भर्ती होगा उस विभाग के संबधित कन्सल्टेंट चिकित्सक के द्वारा जांच हेतु रिक्यूजीशन फार्म दिये जाने पर ही जाचं हेतु सैम्पल का कलेक्शन लिया जावेगा। रिक्यूजीशन फार्म से संबधित विभाग के यूनिट हेड का प्रतिहस्ताक्षर होना अनिवार्य होगा। रिक्विजिशन फार्म दो प्रतियों में होगा, जिसमें से मूल प्रति सैम्पल के साथ अनुबंधित लैब को दिया जावेगा तथा द्वितीय प्रति वार्ड/विभाग में सुरक्षित रहेगी, जिससे देयक का सत्यापन कर भुगतान की कार्यवाही की जावेगी।

19. निविदाकार द्वारा सभी मरीजों की जांच दरें निविदा में स्वीकृत अनुसार एक समान दर से ली जावेगी। अर्थात शासन के योजना के भर्ती हितग्राही तथा बाहय रोगी एवं ए.पी.एल हितग्राहियों के दरें एक समान होगी।

20. सफल निविदाकार को अनुबंध के समय कार्य निष्पादन राशि (परफार्मेंस गारंटी) की राशि डीडी के रूप में जमा करनी होगी। कार्य निष्पादन राशि पर किसी भी प्रकार का ब्याज देय नही होगा।

संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक
गांधी स्मारक चिकित्सालय रीवा (म.प्र.)

घोषणा पत्र (शपथ पत्र)

(100/– रूपये के नान–ज्यूडिसियल स्टाम्प पेपर पर प्रस्तुत किया जाये)

1. मै/हम भारत का/के नागरिक हूँ/है।
2. मैं/हम भारतीय संविदा अधिनियम के अनुसार निविदा कार्य के लिए सक्षम हूं/हैं।
3. मुझे/हमें म.प्र. शासन के किसी भी विभाग द्वारा निविदाकार्य से बहिष्कृत नहीं किया गया है।
4. मै/हम किसी ऐसे कान्ट्रेक्टर, जो कि म.प्र. शासन के किसी विभाग द्वारा बहिष्कृत किया गया हो, न तो अभिकर्त्ता हूँ/है और न ही उसके लिये कार्य करता हूँ/करते है।
5. मेरे/हमारे द्वारा निविदा की शर्तो के अलावा अन्य कोई शर्ते प्रस्तुत नही की गयी है। यदि अन्य कोई शर्ते प्रस्तुत की गयी है, तो उसे अमान्य माना जाये।
6. श्यामशाह चिकित्सा महाविद्यालय/संजय गांधी स्मृति चिकित्सालय/गांधी स्मारक चिकित्सालय रीवा के किसी अधिकारी/कर्मचारी से संबंध नहीं है।
7. हमारी संस्था के विरूद्व सी.बी.आई./लोकायुक्त/ई.ओ.डब्ल्यू/शासकीय कार्यालय इत्यादि में कोई जाचं लबिंत नही है और न ही सक्षम न्यायालय मे आपराधिक प्रकरण दर्ज है और न ही दण्डित किया गया है।
8. केंद्र/राज्य सरकार कोई भी कर मेरी संस्था/मेरे उपर बकाया नही है।
9. मेरे द्वारा प्रस्तुत जानकारी सही है। असत्य पाये जाने पर मेरे विरूद्व विधिसम्मत कार्यवाही के किए जाने पर में स्वयं उत्तरदायी रहूंगा।

गवाह के हस्ताक्षर

निविदाकार के हस्ताक्षर

1. गवाह का नाम..................................
   पता...

2. गवाह का नाम..............................
   पता ....

संस्था के समक्ष अधिकारी का नाम..........
पता..

संस्था का नाम एवं पता................................

Tenderer information

Firm Registered Name	
Name of Owner	
Firm Full Address	
Telephone Number	
Office Address	
Mobile Number	
Email Address	
Bank Account Number Branch	
Bank IFSC Code	
Food Licence Number	
GST No.	
PAN No	

BOQ of Neuclear test and other lab test for Kidney Transplant

	List of test:	turnout time(in hours)	Rates	GST	Total
1	CDC CROSS MATCH/LYMPHOCYTE CROSS MATCH TOTAL (T+B) CELL				
2	HLA CROSS MATCH BY FLOW CYTOMETRY				
3	DONOR SPECIFIC ANTIBODY (DSA) -DONOR LYSATE CROSS MATCH BY LUMINEX				
4	PANEL REACTIVE ANTIBODY (PRA) SCREENING BY LUMINEX (CLASS -1 AND CLASS -2) LUMINEX				
5	PANEL REACTIVE ANTIBODY (PRA) IDENTIFICATION BY LUMINEX CLASS-1 LUMINEX				
6	PANEL REACTIVE ANTIBODY (PRA) IDENTIFICATION BY LUMINEX CLASS- 2 LUMINEX				
7	PRA IDENTIFICATION CLASS 1 AND CLASS -2 LUMINEX				
8	SINGLE ANTIGEN BEAD (SAB) ASSAY (CLASS 1) LUMINEX				
9	SINGLE ANTIGEN BEAD (SAB) ASSAY (CLASS-2) LUMINEX				
10	SINGLE ANTIGEN BEAD (SAB) ASSAY (CLASS -1 AND CLASS-2) LUMINEX				
11	TACROLIMUS BY ELCIA BLOOD (DRUG LEVEL MONITORING)				
12	TACROLIMUS BY LCHS BLOOD (DRUG LEVEL MONITORING)				
13	EVROLIMUS BLOOD BY LCHS METHOD (DRUG LEVEL MONITORING)				
14	SIROLIMUS BLOOD LC MSMS (DRUG LEVEL MONITORING)				
15	CYCLOSPORINE-BY LCMS, BLOOD (DRUG LEVEL MONITORING)				
16	KIDNEY BIOPSY FOR MEDICAL RENAL DISEASE (KIDNEY BIOPSY)				
	(LM+ DIF+ RELEVANT IHC)				
17	KIDENY BIOPSY FOR TRANSLPANT PATHOLOGY (KIDNEY BIOPSY)(LM+DIF+RELEVANT IHC SV40+IHC/DIF C4D)				
18	KIDNEY BIOPSY COMPLETE PROFILE (LM,IF,EM) (KIDNEY BIOPSY)				
19	KIDNEY BIOPSY BY ELCTRON MICROSCOPY (KIDNEY BIOPSY)				
20	BONE MARROW ASPIRATION AND BONE MARROW BIOPSY				
21	BK POLYOMA DNA VIRAL LOAD EDTA BLOOD (POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)				
22	BK POLYOMA DNA VIRAL LOAD- URINE (POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)				
23	CMV DNA VIRAL LOAD- EDTA PLASMA(POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)				
24	CMV DNA VIRAL LOAD- URINE (POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)				
25	CMV DNA IN TISSUE DETECTION (POST TRANPLANT VIRAL INFECTION)				
26	MYELOMA PANEL (SERUM FREE LIGHT CHAIN RATIO+ SERUM PROTEIN ELCETROPHORESIS+ SERUM IMMUNOFIXATION)				

27	PROTEIN ELCTROPHORESIS, URINE 24 HRS (MULTIPLE MYELOMA)				
28	RENAL TUBULAR ACIDOSIS (GENE PANEL)				
29	CLINICAL EXOME SEQUENCING FOR ATYPICAL HEMOLOYTIC UREMIC SYNDROME (GENE PANEL)				
30	CLINICAL EXOME SEQUENCING FOR NEPHROTIC SYNDROME (GENE PANEL)				
31	NEPHROPATHIES (EG: NEPRHONOPHTHISIS, NEPHROLITHIASIS, PIERSON SYNDROME) (GENE PANEL)				
32	CKD (CHRONIC KIDNEY DISEASE) (GENE PANEL)				
33	WHOLE EXOME SEQUANCING				
34	WHOLE GENOME SEQUANCING				
35	C3,C4, COMPLEMENT LEVEL				
36	24 HOUR URINE Protein estimation				
37	URINE SPOT PROTIEN/CRATININE RATIO				
38	24 HOUR URINE CREATININE CLEARNCE				
39	ORAL GLUCOSE TOLERENCE TEST				
40	CMV, IgM, IgG ANTIBODY				
41	ANA(IF) ANTIBODY				
42	ANTIDS DNA ANTIBODY (IF)				
43	C-ANCA (IF) ANTIBODY				
44	P-ANCA (IF) ANTIBODY				
45	ANTI GBM ANTIBODY				
46	SERUM ANTI PLA2R ANTIBODIES				
47	SERUM ASO TITRE & ANTIDNASE ANTIBODY LEVEL				
48	RECRUMENT UTI PANEL REAL TIME QUANTATIVE PCR				
49	HYPONATRAEMIA WORKUP (SERUM OSMOLALTIY, URINE OSMOLALTIY, SERUM SODIUM, URINE SODIUM)				
50	Donor recipient HLA matching (HLA-A,B,Dr)				
51	EBV IGM, IGG Antibody				
52	VZV IGM IGG Antibody				
53	Dialysis RO water testing for Physica(Ph,Colouretc) Chemical Parameter (Turbidity, TDS, Total hardness as CACO3, Calcium, Magnesium,Sulphate as SO4, Nitrate as NO3-Sodium as Na Potassium as K, Fluoride as F, Silica as SiO2, Chlorine as Cl-, Iron as Fe,free residual chlorine, Copper, Barium, Zinc, Aluminium, Assenic, Lead, Silver, Cadium, Chromium,Selenium, Mercury, Chloramines9combined0, Berylium, Thallium, Tin, Total Chloride, Microbiological Parameter9 Total bacterial Count coliform, E coli, Endotoxin)				
54	DTPA SCAN				

निविदाकर्त्ता संस्था प्रमुख के हस्ताक्षर ....

निविदाकर्त्ता संस्था प्रमुख का नाम ....

(स्पष्ट अक्षरों)

संस्था का नाम एवं पूर्ण पता एवं सील ....

Validate | Print | Help | **Wise BoQ**

Tender Inviting Authority: CEO and Dean SSMC Rewa

Name of Work: kidney transplant test

Contract No:

Name of the Bidder/ Bidding Firm / Company :	

(This BOQ template must not be modified/replaced by the bidder and the same should be uploaded after filling the relevent columns, else the bidder is liable to be rejected for this tender. Bidders are allowed to enter the Bidder Name and Values only)

PRICE SCHEDULE

NUMBER #	TEXT #	TEXT #	TEXT #	NUMBER #	NUMBER	NUMBER	NUMBER #	NUMBER #	NUMBER #	TEXT #
Sl. No.	Item Description	Item Code / Make	Units	BASIC RATE In Figures To be entered by the Bidder in Rs. P	GST (If applicable in Percentage)	GST Amount in Rs. P	HSN / SAC Code	TOTAL AMOUNT excluding taxes in Rs. P	TOTAL AMOUNT including taxes Rs. P	TOTAL AMOUNT In Words
1	2	3	5	7	8	9	10	11	12	13
1	Description									
1.01	CDC CROSS MATCH/LYMPHOCYTE CROSS MATCH TOTAL (T+B) CELL	item1	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.02	HLA CROSS MATCH BY FLOW CYTOMETRY	item2	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.03	DONOR SPECIFIC ANTIBODY (DSA) -DONOR LYSATE CROSS MATCH BY LUMINEX	item3	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.04	PANEL REACTIVE ANTIBODY (PRA) SCREENING BY LUMINEX (CLASS -1 AND CLASS -2) LUMINEX	item4	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.05	PANEL REACTIVE ANTIBODY (PRA) IDENTIFICATION BY LUMINEX CLASS-1 LUMINEX	item5	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.06	PANEL REACTIVE ANTIBODY (PRA) IDENTIFICATION BY LUMINEX CLASS- 2 LUMINEX	item6	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.07	PRA IDENTIFICATION CLASS 1 AND CLASS -2 LUMINEX	item7	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.08	SINGLE ANTIGEN BEAD (SAB) ASSAY (CLASS 1) LUMINEX	item8	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.09	SINGLE ANTIGEN BEAD (SAB) ASSAY (CLASS-2) LUMINEX	item9	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.1	SINGLE ANTIGEN BEAD (SAB) ASSAY (CLASS -1 AND CLASS-2) LUMINEX	item10	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.11	TACROLIMUS BY ELCIA BLOOD (DRUG LEVEL MONITORING)	item11	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.12	TACROLIMUS BY LCHS BLOOD (DRUG LEVEL MONITORING)	item12	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.13	EVROLIMUS BLOOD BY LCHS METHOD (DRUG LEVEL MONITORING)	item13	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.14	SIROLIMUS BLOOD LC MSMS (DRUG LEVEL MONITORING)	item14	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.15	CYCLOSPORINE-BY LCMS, BLOOD (DRUG LEVEL MONITORING)	item15	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.16	KIDNEY BIOPSY FOR MEDICAL RENAL DISEASE (KIDNEY BIOPSY)	item16	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.17	(LM+ DIF+ RELEVANT IHC)	item17	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.18	KIDENY BIOPSY FOR TRANSLPANT PATHOLOGY (KIDNEY BIOPSY)(LM+DIF+RELEVANT IHC SV40+IHC/DIF C4D)	item18	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.19	KIDNEY BIOPSY COMPLETE PROFILE (LM,IF,EM) (KIDNEY BIOPSY)	item19	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.2	KIDNEY BIOPSY BY ELCTRON MICROSCOPY (KIDNEY BIOPSY)	item20	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.21	BONE MARROW ASPIRATION AND BONE MARROW BIOPSY	item21	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.22	BK POLYOMA DNA VIRAL LOAD EDTA BLOOD (POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)	item22	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.23	BK POLYOMA DNA VIRAL LOAD- URINE (POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)	item23	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.24	CMV DNA VIRAL LOAD- EDTA PLASMA(POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)	item24	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.25	CMV DNA VIRAL LOAD- URINE (POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)	item25	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.26	CMV DNA IN TISSUE DETECTION (POST TRANPLANT VIRAL INFECTION)	item26	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only

Validate Print Help **Wise BoQ**

Tender Inviting Authority: CEO and Dean SSMC Rewa

Name of Work: kidney transplant test

Contract No:

Name of the Bidder/ Bidding Firm / Company :

PRICE SCHEDULE

(This BOQ template must not be modified/replaced by the bidder and the same should be uploaded after filling the relevent columns, else the bidder is liable to be rejected for this tender. Bidders are allowed to enter the Bidder Name and Values only)

NUMBER #	TEXT #	TEXT #	TEXT #	NUMBER #	NUMBER	NUMBER	NUMBER #	NUMBER #	NUMBER #	TEXT #
Sl. No.	Item Description	Item Code / Make	Units	BASIC RATE In Figures To be entered by the Bidder in Rs. P	GST (If applicable in Percentage)	GST Amount in Rs. P	HSN / SAC Code	TOTAL AMOUNT excluding taxes in Rs. P	TOTAL AMOUNT including taxes Rs. P	TOTAL AMOUNT In Words
1	2	3	5	7	8	9	10	11	12	13
1	Description									
1.01	CDC CROSS MATCH/LYMPHOCYTE CROSS MATCH TOTAL (T+B) CELL	item1	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.02	HLA CROSS MATCH BY FLOW CYTOMETRY	item2	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.03	DONOR SPECIFIC ANTIBODY (DSA) -DONOR LYSATE CROSS MATCH BY LUMINEX	item3	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.04	PANEL REACTIVE ANTIBODY (PRA) SCREENING BY LUMINEX (CLASS -1 AND CLASS -2) LUMINEX	item4	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.05	PANEL REACTIVE ANTIBODY (PRA) IDENTIFICATION BY LUMINEX CLASS-1 LUMINEX	item5	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.06	PANEL REACTIVE ANTIBODY (PRA) IDENTIFICATION BY LUMINEX CLASS- 2 LUMINEX	item6	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.07	PRA IDENTIFICATION CLASS 1 AND CLASS -2 LUMINEX	item7	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.08	SINGLE ANTIGEN BEAD (SAB) ASSAY (CLASS 1) LUMINEX	item8	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.09	SINGLE ANTIGEN BEAD (SAB) ASSAY (CLASS-2) LUMINEX	item9	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.1	SINGLE ANTIGEN BEAD (SAB) ASSAY (CLASS -1 AND CLASS-2) LUMINEX	item10	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.11	TACROLIMUS BY ELCIA BLOOD (DRUG LEVEL MONITORING)	item11	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.12	TACROLIMUS BY LCHS BLOOD (DRUG LEVEL MONITORING)	item12	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.13	EVROLIMUS BLOOD BY LCHS METHOD (DRUG LEVEL MONITORING)	item13	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.14	SIROLIMUS BLOOD LC MSMS (DRUG LEVEL MONITORING)	item14	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.15	CYCLOSPORINE-BY LCMS, BLOOD (DRUG LEVEL MONITORING)	item15	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.16	KIDNEY BIOPSY FOR MEDICAL RENAL DISEASE (KIDNEY BIOPSY)	item16	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.17	(LM+ DIF+ RELEVANT IHC)	item17	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.18	KIDENY BIOPSY FOR TRANSLPANT PATHOLOGY (KIDNEY BIOPSY)(LM+DIF+RELEVANT IHC SV40+IHC/DIF C4D)	item18	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.19	KIDNEY BIOPSY COMPLETE PROFILE (LM,IF,EM) (KIDNEY BIOPSY)	item19	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.2	KIDNEY BIOPSY BY ELCTRON MICROSCOPY (KIDNEY BIOPSY)	item20	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.21	BONE MARROW ASPIRATION AND BONE MARROW BIOPSY	item21	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.22	BK POLYOMA DNA VIRAL LOAD EDTA BLOOD (POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)	item22	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.23	BK POLYOMA DNA VIRAL LOAD- URINE (POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)	item23	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.24	CMV DNA VIRAL LOAD- EDTA PLASMA(POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)	item24	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.25	CMV DNA VIRAL LOAD- URINE (POST TRANSPLANT VIRAL INFECTIONS)	item25	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only
1.26	CMV DNA IN TISSUE DETECTION (POST TRANPLANT VIRAL INFECTION)	item26	Nos			0.00		0.00	0.00	INR Zero Only

Signature Not Verified
Digitally signed by RAHUL MISHRA
Date: 2025.09.24 12:18:29 IST
Location: Madhya Pradesh-MP