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

# निविदा

# 2015—2016

**श्याम शाह चिकित्सा महाविद्यालय रीवा से सम्बद्ध गांधी स्मारक /संजय गांधी स्मृति चिकित्सालय हेतु लिक्विड आक्सीजन की आपूर्ति एवं प्लांट की स्थापना हेतु निविदा फार्म**

( तृतीय आमंत्रण )

निविदा फार्म का मूल्य रू. 5000.00

निविदा प्रपत्र क्रमांक..........................

रसीद क्र................................................

दिनांक......................................................

# <u>निविदा आवेदन प्रपत्र</u>

**निविदाकर्ता अपने स्वयं के लेटर हेड पर इस प्रारूप में निविदा प्रपत्रों की भार्तो के अनुसार निविदा प्रस्तुत करेगें।**

**प्रति ,**

**संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक**
**गांधी स्मारक चिकित्सालय, रीवा**

विशयः– लिक्विड आक्सीजन की आपूर्ति एवं प्लांट की स्थापना हेतु निविदा वर्ष 2015–016 ।

संदर्भः– स्थानीय समाचार पत्र.......................................के दिनांक.......................................के संस्करण में प्रकाि ात आपका विज्ञापन क्र.... ................................दिनांक..........................................

श्रीमान,

विशयान्तर्गत हम/मै गांधी स्मारक/संजय गांधी स्मृति चिकित्सालय में लिक्विड आक्सीजन की आपूर्ति एवं प्लांट की स्थापना हेतु निविदा संलग्न प्रपत्र में दर सहित अपनी निविदा आवेदन सहर्श प्रस्तुत करते है। मुझे निविदा प्रपत्र के साथ संलग्न सभी भार्ते मंजूर है।

1. निविदाकर्ता का नाम.................................................................................................................................
2. संस्था/दुकान/कम्पनी का नाम एवं सील...............................................................................................
3. संस्था/दुकान/कम्पनी का पूर्ण पता.........................................................................................................मोबाइल नं............... .........................कार्यालय फोन नं...............................................निवास फोन नं...........................................................................................
4. मैन्यूफैक्चरिंग लाइसेन्स नं..........................................................................................................................................
5. उपरोक्त कार्य करने का विगत वर्शो का विवरण (आव यक होने पर अलग से सीट लगायें)........................................................ .................................................................................................................................................................................. ...
6. आयकर स्थाई लेखा नं. (पैन नं.)...................................................................................................................................
7. वाणिज्य कर रजिस्ट्रे ान नं. (टिन नं.).............................................................................................................................
8. रजिस्ट्रे ान/दस्तावेजो की छायाप्रति जो संलग्न करना आव यक हैः–

- धरोहर राि ा रू. 100000.00 (एक लाख ) की डी.डी. जो मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता एस.एस.मेडिकल कालेज रीवा के नाम हो ।
- वार्शिक टर्न ओवर संबंधी प्रमाण पत्र सी.एफ. द्वारा जारी।(रू 25.00 लाख वार्शिक से कम नही होना चाहिये)
- जीवित मैन्यूफैक्चरिंग लाइसेंस/मुख्य विस्फोटक नियंत्रक लाइसेंस की छायाप्रति ।
- आयकर रिटर्न के रसीद की छायाप्रति एसेसमेंट वर्श 2014–15
- वैध वाणिज्य कर क्लीयरेंस सर्टिफिकेट।
- पैन कार्ड की छायाप्रति।
- टिन रजिस्ट्रे ान नं. की छायाप्रति।
- 100.00 रू राि ा के नान जूडिसियल स्टाम्प पेपर पर भापथ पत्र मूलतः।
- गांधी स्मारक चिकित्सालय में कार्यरत अधिकारी/कर्मचारी से संबंध यदि हो तो..................................................
- अन्य कोई विवरण......................................................................................................................................

**निविदाकार के हस्ताक्षर**
**संस्था की सील**

# गांधी स्मारक चिकित्सालय रीवा

## निविदा प्रपत्र

**गांधी स्मारक चिकित्सालय / संजय गांधी समृति चिकित्सालय रीवा में** लिक्विड आक्सीजन की आपूर्ति एवं प्लांट की स्थापना **हेतु निविदा वर्ष 2015–016 ।**

| | |
|---|---|
| कोरे निविदा फार्म प्राप्त करने की अंतिम तिथि एवं समय | 21.8..2015 सायं 3 बजे तक |
| भरी हुई निविदा जमा करने की अंतिम तिथि एवं समय | 27.8..2015 सायं 3 बजे तक |
| प्राप्त निविदा खोलने का दिनांक एवं समय | 28.8..2015 दोपहर 12:30 बजे |
| अमानत रा ि ा रू. | रू.100000.00 (एक लाख) डी.डी |
| निविदा प्रपत्र भुल्क | रू. 5000.00 (पांच हजार)डी.डी |

## नियम एवं भार्ते

1. निविदा निर्माताओं की ही स्वीकृत की जावेगी। निविदा पंजीकृत डाक, स्पीड पोस्ट, हाथों हाथ में से किसी भी एक माध्यम द्वारा प्रस्तुत की जा सकेगी। पोस्टल विलंब के लिये यह कार्यालय जिम्मेदार नही होगा ।
2. निविदा फार्म चिकित्सा महाविद्यालय की बेबसाइट www.ssmcrewa.com से डाउनलोड भी किये जा सकतें है। निविदा फार्म बेबसाइड से डाउनलोड कर प्राप्त करने की स्थिति में निविदाकार को निविदा फार्म की मूल्य का बैंक ड्राफट जो मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता चिकित्सा महाविद्यालय रीवा के नाम से हो निविदा फार्म जमा करने के पूर्व संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक के कार्यालय मे जमा कर रसीद प्राप्त करना होगा, ऐसा नही करने की स्थिति में निविदा स्वीकार नही की जावेगी । निविदा फार्म शुल्क की राशि वापस नही की जावेगी ।
3. निविदा प्रपत्र में नियत स्थान पर मूल्य दर , परिवहन व्यय तथा चढाई– उतराई सम्मिलित करते हुये भाब्दों एवं अंको दोनो में अंकित की जानी चाहिये। शासन द्वारा निधार्रित कर पृथक से देय होगें तथा इसे पृथक से दर्शाना होगा ।
4. निविदा के साथ रू. 100000.00 (एक लाख) मात्र की सुरक्षा रा ि ा के रूप में किसी भी राश्ट्रीयकृत बैंक का डिमाण्ड ड्राफट. जो मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता चिकित्सा महाविद्यालय रीवा के नाम हो संलग्न करना अनिवार्य होगा अन्यथा निविदा अमान्य कर दी जावेगी।
5. निविदा प्रपत्र की प्रविश्टियों में उपरिलेखन एवं काट–पीट सामान्यतः वर्जित है। तथापि न टालने योग्य त्रुटि का सुधार कर निविदाकार को अपने हस्ताक्षर करना चाहिये।
6. निविदाकार का निविदा प्रपत्र एवं उसके साथ संलग्न कागजातों के प्रत्येक पृश्ट पर अपने हस्ताक्षर करना चाहिये।

7. निविदा के साथ लिक्विड आक्सीजन .. प्रदायगी एवं प्लांट की स्थापना हेतु सक्षम अधिकारी द्वारा प्रदत्त प्रचलित अनुज्ञा पत्र एवं पंजीयन प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रतिलिपि संलग्न करना होगा तथा निर्माता का प्रमाण पत्र देना अनिवार्य होगा। अनुपालन और सुरक्षा संगठन की जरूरत एवं मुख्य विस्फोटक नियंत्रक से मंजूरी (लाईसेस) की आवश्यक्ता पडने पर लाइसेंस की व्यवस्था निविदाकार को करनी होगी।
8. निविदा के साथ समक्ष अधिकारी द्वारा प्रदत्त वाणिज्यिक कर के चुकता प्रमाण पत्रों की सत्यापित प्रतिलिपि संलग्न करना आव यक होगा।
9. निविदा के लिफाफे के ऊपर निविदाकार द्वारा सुस्पश्ट एवं पृथक लिखावट में लिक्विड आक्सीजन .. की आपूर्ती एवं प्लांट की स्थापना हेतु निविदा अंकित की जानी चाहिये।
10. निविदाकार को मेडिकल ग्रेड की लिक्विड .. जी.एम.एच./एस.जी.एम.एच. मे प्रदाय करनी होगी । की गुणवत्ता का पूर्ण दायित्व निविदाकार का होगा। लिक्विड आक्सीजन भण्डारण स्तर से चिकित्सालय कि पाईप लाईन प्लांट तक लाने में यदि किसी भी प्रकार का लिकेज अथवा दुर्घटना घटती है तो उक्त घटना के लिये निविदाकार पूर्णत उत्तरदायी होगा।
11. लिक्विड आक्सीजन .. के भण्डारण हेतु संजय गांधी एवं गांधी स्मारक चिकित्सालय मे 10000 लीटर की क्षमता के 2 लीक्विड आक्सीजन टैंक स्थापित करना होगा।
12. टैक स्थापित करने हेतु निविदाकार को केवल स्थान उपलब्ध कराय जायेगा । टैंक एवं उसकी स्थापना का व्यय निविदाकार को स्वयं वहन करना होगा ।
13. टैको के रखरखाव की जिम्मेदारी तथा उस पर होने वाला व्यय निविदाकार को स्वयं वहन करना होगा ।
14. टैंक के मासिक किराये के अतिरिक्त कोई भी राशि देय नही होगी ।
15. निविदाकार को जी.एम.एच/एस.जी.एम.एच मे अनवरत (24गुणे7) लिक्विड आक्सीजन .. की सप्लाई करनी होगी । तकनीकी सटडाउन की अवस्था में कम्पैस्ड .. सिलेण्डर द्वारा आक्सीजन उपलब्ध कराना निविदाकार की जिम्मेवारी होगी ।इसके लिये अलग से कोई भुगतान नही किया जायेगा।
16. तकनीकी सटडाउन की अवधि 24 घंटे से ज्यादा नही होगी तथा अधिक सटडाउन होनें की स्थिति में अनुबंध समाप्त करने का अधिकार संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक जी.एम.एच. रीवा के पास होगा।
17. टैंक मे आई तकनीकी खराबी को अतिशीघ्र सुधरवाने की जिम्मेदारी निविदाकार को होगी तथा इस हेतु अलग से कोई भुगतान देय नही होगा ।
18. टैंक मे हमेशा पर्याप्त मात्रा मे लिक्विड ऑक्सीजन की उपलब्धता बनी रहे , इसकी जिम्मेदारी निविदाकार की होगी।
19. लीक्विड आक्सीजन की दर प्रति क्यूबिक मीटर (ट्रान्सपोर्टिंग चार्ज सहित) तथा टैक्स अलग से एवं टैक के मासिक किराये की दर अलग–अलग स्पष्ट रूप से उल्लेख करना होगा। इसके अतिरिक्त कोई व्यय या शुल्क देय नही होगा। लिक्विड ऑक्सीजन की अनुमानित खपत लगभग 10 हजार सी.एफ.टी प्रतिमॉह होगी। टैंक का किराया एवं अनुमानित खपत की कीमत जोड़कर जिस निविदाकार की दरें न्यूनतम होंगी उसी निविदाकार की दरें स्वीकार की जावेगी।
20. निविदाकार को चिकित्सालय मे पूर्व से स्थापित पाइप लाइन का मेंटीनेंस भी करना होगा । अनुबंध अवधि के अंदर सभी प्रकार के मेटीनेंस का कार्य निविदाकार को स्वयं के व्यय पर करना होगा।

21. चिकित्सालय की भण्डार क्रय समिति को किसी भी अथवा समस्त निविदाओं को बिना कारण बताये निरस्त/अमान्य करने का अधिकार होगा।
22. सामन्यतः न्यूनतम मूल्य दर की निविदा को स्वीकार किया जावेगा, तथापि भण्डार क्रय समिति भाासनहित/जनहित में समग्र रूप से विचार करते हुये अन्यथा निर्णय लेने हेतु अधिकार सम्पन्न होगी।
23. स्वीकृत निविदा, स्वीकृति की तिथि से सामान्यतः पांच वर्श की समयावधि तक के लिये होगी । आदेश प्रथमतः एक वर्ष हेतु जारी किया जावेगा। कार्य संतोषजनक पाये जाने पर अनुबंध की अवधि आगामी चार वर्श हेतु बढा दी जावेगी।
24. स्वीकृत निविदा प्रभाव ील रहने की अवधि में जनहित की आव यकता के अनुरूप निविदा के निबंधन एवं भार्तों में परिवर्तन करने का अधिकार चिकित्सालय की भण्डार क्रय समिति के पास सुरक्षित है।
25. निविदा के अनुमोदित होने के उपरान्त निविदाकार द्वारा यदि आक्सीजन की आपूर्ति में हीला–हवाली या टाल–मटोल करने विलम्ब किया जाता है, तो आव यकता के अनुरूप खुले बाजार से खरीद की जावेगी। इसमे अधिक भुगतान की वसूली निविदाकार के देयको से वसूली जावेगी। इसके बावजूद यदि अधिक भुगतान की वसूली भोश रह जाती है तो उसके जमा सुरक्षा रा ि 100000.00 (एक लाख ) से काट ली जावेगी।
26. देयकों का भुगतान भाासन से बजट प्राप्त होने व कोशालय से आहरण के प चात किया जावेगा। जिसमें समय भी लग सकता है। किसी भी प्रकार अग्रिम भुगतान नहीं किया जावेगा तथा किसी भी रा ि पर ब्याज देय नहीं होगा।
27. लीक्विड आक्सीजन मरीजों की जीवन रक्षा प्रणाली का महत्वपूर्ण घटक है। अतः बिना पर्याप्त एवं संतोशप्रद कारणों के अचानक अपूर्ति में बाधा उत्पन्न किये जाने वाले कृत्य को मरीजों का जीवन खतरे में डालना निरूपित किया जावेगा। इसके लिये सुरक्षा रा ि जप्त करने के साथ–साथ वैधानिक कार्यवाही करने का विकल्प अधोहस्ताक्षरकर्ता के पास सुरक्षित होगा।
28. निविदाओं के संबंध में भण्डार क्रय समिति का निर्णय सभी निविदाकारों को मान्य एवं बंधनकारी होगा।
29. निविदा में संलग्न प्रपत्रों को पूर्ण कर निविदा के साथ भेजा जावे।
30. यदि निविदाकार द्वारा लिक्विड आक्सीजन .. सप्लाई आगे के लिये किसी कारणवश बंद की जाती है तो इसकी लिखित सूचना तीन माह पूर्व निविदाकार द्वारा इस कार्यालय की दी जावेगी , ताकि कार्यालय सप्लाई की वैकल्पिक व्यवस्था कर सकें ।
31. निविदाकार निविदा प्रस्तुत करने के पूर्व जी.एम.एच/एस.जी.एम.एच रीवा मे पूर्व से स्थापित .. पाइन लाइन एवं जहां–जहां लिक्विड आक्सीजन की सप्लाई की जानी है उस स्थान का निरीक्षण कर सकतें हैं ।
32. निविदाकर द्वारा नियुक्त स्टाफ के व्यवहार से शासकीय कार्य मे यदि कोई बाधा उत्पन्न होती है तो संबंधित स्टाफ को तत्काल बदलना होगा।
33. निविदाकार द्वारा लगाए गए कर्मचारियों की किसी भी प्रकार की क्षति,दुर्घटना आदि के लिये यह कार्यालय जिम्बेदार नही होगा और न ही किसी भी प्रकार की क्षतिपूर्ती की जावेगी । इसकी पूर्ण जिम्मेदारी निविदाकार की होगी ।
34. निविदाकार को लिक्विड आक्सीजन टैंक से एस.जी.एम.एच. के बेसमेंट तथा जी.एम.एच. में स्थित सेन्ट्रल मेडिकल पाइप लाइन तक जोडने का व्यय स्वयं वहन करना होगा ।
35. निविदा के सम्बन्ध में न्यायिक विवाद रीवा स्थित न्यायालय के छेत्राधिकार के अंतर्गत होगा।

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

## आवेदन प्रस्तुत करना

**आवेदन प्रस्तुत करना :–** निविदा आवेदन जमा करते समय निम्नानुसार प्रक्रिया का पालन करना अनिवार्य हैः–

1. सील बन्द आवेदन तीन भिन्न लिफाफों मे प्रस्तुत किया जाना चाहिये।
2. प्रत्येक लिफाफों पर गांधी स्मारक चिकित्सालय रीवा में लीक्विड आक्सीजन की आपूर्ति एवं प्लांट की स्थापना हेतू निविदा वर्श 2015–16 लिखा जाना आव यक है।
3. लिफाफों पर क्रम ाः– "A" "B" "C" बडे–बडे साफ अक्षरों में अंकित किया जावेगा।
4. लिफाफा "A" में अर्नेस्ट मनी रा ि रू. 100000.00 (एक लाख) मात्र की राश्ट्रीयकृत बैंक का डिमाण्ड ड्राफट. जो मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता चिकित्सा महाविद्यालय रीवा के नाम हो संलग्न करना अनिवार्य होगा।
5. लिफाफा "B" में सम्पूर्ण मूल आवेदन पत्र मूलतः (जो कार्यालय द्वारा बेचा गया था) के प्रत्येक पन्ने पर संस्था के समक्ष अधिकारी द्वारा हस्ताक्षरित कर संस्था की सील लगा (निविदा आवेदन की नियम व भार्तों को मानने के प्रमाण स्वरूप) तथा पूर्ण भरकर आव यक दस्तावेजों के साथ सील बंद किया जाना चाहिये।
6. लिफाफा "C" में निविदाकर्ता संस्था को अपनी दरें संलग्न प्रारूप में भरकर सील बंद किया जाना चाहिये। तीनों लिफाफों को बडे लिफाफा में रखकर सील बंद करना होगा।
7. आवेदनकर्ता को अपना पता स्पश्ट व पूर्ण जिसमें दुकान/मकान नं0/गली, सडक कालोनी, भाहर साफ–साफ लिखना चाहिये। यह पता सत्यापन योग्य होना चाहिये।
8. सभी काटे गये अंक अथवा भाब्द के पास सुरक्षित अंक अथवा भाब्द लिखें पूर्वानुसार हस्ताक्षरित कर सील लगाना होगा व गांधी स्मारक चिकित्सालय रीवा से प्रदत्त आवेदन पत्र के किसी भी भाब्द अथवा अंको को काटने विलोपित करने या भाब्द बदलने की अनुमति नहीं होगी।
9. फर्म/ संस्था का रजिस्ट्रे ान (छायाप्रति) जिसमें व्यवसाय कालम में निविदाकृत कार्य का उल्लेख करना अनिवार्य है ऐसा नहीं होने पर निविदा निरस्त मानी जावेगी।
10. पिछले तीन वर्ष के आयकर रिटर्न के रसीद की छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा।

11. निविदाकर्ता को संलग्न भापथ पत्र प्रारूप में न्यूनतम दर/किसी संस्था में जांच जारी न रहने/काली सूची में न होने संबंधी भापथ पत्र मूलतः प्रस्तुत करना अनिवार्य है।

    **सामान्य निर्दे ा :–**

    1. निविदा खोलते समय प्रथम लिफाफा "A" खोला जावेगा। उन्ही निविदाकार्ताओं का लिफाफा "B" खोला जावेगा। जिनका "A" में संलग्न संतुश्टिकारक होवेंगे। प्राइस बिड लिफाफा "C" उन्ही निविदाकार्ताओं का खोला जावेगा जिनकी तकनीकी निविदा सभी भार्तों का पूर्ण करेंगी।
    2. स ार्त निविदा स्वीकार नहीं की जावेगी।
    3. किसी भी चाहे गये संलग्न की अनुपस्थिति में आवेदन स्वतः निरस्त माना जावेगा।
    4. अस्पश्ट व अपूर्ण निविदा अस्वीकृत किये जावेंगे।
    5. जिनकी निविदा स्वीकृत नहीं होगी उन निविदाकर्ताओं की अर्नेस्ट मनी रू. 100000.00 (एक लाख) लौटा दी जावेगी।

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

<u>100 रू0 (एक सौ रू.) के नान जूडिसियल स्टाम्प पेपर में प्रस्तुत करें</u>

# घोंशणा पत्र (  ापथ पत्र)

1. मै/हम भारत के नागरिक हूॅ/है।
2. मै/हम भारतीय संविदा अधिनियम के अनुसार संविदा के लिये सक्षम हूॅ/है।
3. मुझे/हमें चिकित्सालय मे तथा म.प्र. भाासन के किसी विभाग द्वारा बहिश्कृत नही किया गया है हमारी संस्था को किसी भी भाासकीय/अर्द्ध  ाासकीय/स्व  ाासी संस्था द्वारा काली सूची में नही रखा गया है।
4. मै/हम किसी ऐसे कान्ट्रेक्टर जो कि म.प्र. भाासन के किसी विभाग द्वारा वहिश्कृत किया गया हो न तो अभिकर्ता हूॅ/है और न ही उसके लिये कार्य करता हूॅ/करते हैं।
5. मेरे/हमारे द्वारा निविदा की भार्तो के अलावा अन्य कोई भार्ते प्रस्तुत नही की गयी है। यदि अन्य कोई भार्ते प्रस्तुत की गयी है तो उसे अमान्य किया जाये।
6. मेरे/हमारे द्वारा इस निविदा में भरी मूल्य दर से कम मूल्य दर की निविदा म.प्र. राज्य के किसी संस्था या कार्यालय में प्रस्तुत नही की गई है।
7. मै/हम चिकित्सालय के किसी भी कर्मचारी संबंधित नही है।
8. मेरे/ हमारे/संस्था के उपर राज्य सरकार/केन्द्र सरकार का कोई कर बकाया नही है।
9. हमारी संस्था के विरूद्व सी.बी.आई0/शासकीय कार्यालय इत्यादि में कोई जाचं लंबित नही है। ना ही सक्षम न्यायालय मे आपराधिक प्रकरण दर्ज है और न ही दण्डित किया गया है।
10. हमारे/मेरे द्वारा सप्लाई की गई मांग अनुसार गुणवता की जिम्मेवारी मेरी होगी।

**गवाह के हस्ताक्षर**

1. **गवाह का नाम.................................**
   **व पता........................................**
2. **गवाह का नाम................................**
   **व पता ......................................**

**निविदाकार के हस्ताक्षर**

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

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

(लिफाफा ए मे रखे)

# धरोहर राशि का विवरण (प्रारूप)

1. राशि रू. ......................................................................................................................................................
   ..........................................................................................................................................
2. डी.डी. क्रमांक..................................................................................................................................................
   ..................................................................................................................................
3. जारी होने का दिनांक.....................................................................................................................................
   ..........................................................................................................................................
4. जारी करने वाले राश्ट्रीयकृत बैंक का नाम व भााखा..............................................................................................
   ..................................................................................................................................................................
   ..

दिनांक :–

निविदाकर्ता/सेवादाता के हस्ताक्षर

नाम एवं पूर्ण पता
संस्था की सील

# **Information of Manufacture / Authorized Dealer /Stockiset**

Registerd Name

Address

Telephone no

Office

Fax

E-Mail Address

Bank Account No. Branch/IFSC Code

TIN NO

Pan

**Signature**
**Rubber Stamp**

# चेक लिस्ट (लिफाफा बी रखने हेतु)
# (संलग्न दस्तावेज)

| क्र. | निविदा के साथ अनिवार्य आव यक दस्तावेज | निविदाकार द्वारा टिक किया जावे। पृ.क्र. दर्शाया जावें। | क्रय समिति द्वारा किया जाये। |
|---|---|---|---|
| | | हां.पृ.क्र./नही | हां/नही |
| 1. | मूल निविदा प्रपत्र मे प्रत्येक पृश्ठ पर हस्ताक्षर व सीलयुक्त मूलतः | | |
| 2. | अमानत रा ा के रूप में मुख्य कार्यपालन अधिकारी एवं अधिष्ठाता के नाम पर रू. 100000.00 एक लाख का डी.डी. क्र.............. दिनांक..................जमा मूलतः। | | |
| 3. | फर्म/संस्था की रजिस्ट्रे ान की छायाप्रति। जिसमे निविदाकृत कार्य द ित हो। | | |
| 4. | पिछले तीन वर्ष के आयकर रिटर्न की रसीद की छायाप्रति | | |
| 5. | वैध वाणिज्य कर क्लीयरेंस प्रमाण पत्र | | |
| 6. | 100.00 रा ा के नांन जूडिसियल स्टेम्प पेपर पर भापथ पत्र मूलतः | | |
| 7. | वार्शिक टर्न ओवर सम्बंधित सी.ए.द्वारा जारी प्रमाण पत्र मूलतः | | |
| 8. | जीवित मैन्यूफेक्चरिंग लाइसेन्स की छायाप्रति | | |
| 9. | पैन कार्ड की छायाप्रति | | |
| 10. | टिन नं. रजिस्ट्रे ान की छायाप्रति | | |
| 11. | मुख्य विस्फोटक नियंत्रक/सक्षम अधिकारी द्वारा प्रदत्त लाईसेंस की छायाप्रति। | | |
| 12. | दर सूची (प्राइस बिड) | | |

निविदाकार के हस्ताक्षर एवं सील

# <u>लिक्विड आक्सीजन एवं प्लांट हेतु निविदा वर्ष 2015–016</u>

## <u>दर पत्रक (लिफाफा सी रखने हेतु)</u>

द्वारा :– ......................................................

..........................................................

प्रति,

संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक
गांधी स्मारक चिकित्सालय रीवा

विशयः– लिक्विड आक्सीजन की आपूर्ति एवं प्लांट की स्थापना हेतु निविदा वर्ष 2015–016

संदर्भः– आपके कार्यालय की निविदा आमंत्रण सूचना क्र...............................दिनांक.........................

महोदय,

लिक्विड आक्सीजन की आपूर्ति एवं प्लांट की स्थापना हेतु आपके कार्यालय से अभिप्राप्त निविदा के निबंधन एवं भार्तो के अधीन निविदा दरे प्रस्तुत है । शासन द्वारा लिये जाने वाले कर पृथक से देय होगें।

| क्र. | विवरण | दर | |
|---|---|---|---|
| | | अंको में | भाब्दो में |
| 1- | लिक्विड आक्सीजन की दर प्रति क्यूबिक मीटर (ट्रान्सपोर्टिंग चार्ज सहित) | | |
| 2- | लिक्विड आक्सीजन टैंक का किराया प्रति माह | | |
| | योग (1+2) | | |

निविदाकर्ता / सेवादाता के हस्ताक्षर
नाम एवं पूर्ण पता
संस्था की सील