

कार्यालय संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक हमीदिया चिकित्सालय, भोपाल
क्रमांक / 6182-90 / भंडार / ह.चि. / 22-23 भोपाल, दिनांक

प्रति,

.....

.....

.....

विषय :- हमीदिया चिकित्सालय भोपाल के विभिन्न विभागों/प्रभागों/वार्डों में स्थापित अग्निशामक यंत्रों की रिफिलिंग संबंधी कार्य हेतु प्रस्ताव एवं दरें आमंत्रण।

म.प्र.चिकित्सा शिक्षा विभाग के अंतर्गत संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक हमीदिया चिकित्सालय भोपाल के विभिन्न विभागों/प्रभागों/वार्डों में स्थापित अग्निशमन यंत्रों में रिफिलिंग संबंधी कार्य किया जाना है।

इस हेतु निर्धारित मापदण्ड पूर्ण करने वाले निर्माताओं/विक्रेताओं से निम्न शर्तों के अधीन दिनांक18.4.2022 को सांय 5 बजे तक बंद लिफाफों में प्रस्ताव आमंत्रित किए जाते हैं। प्राप्त प्रस्तावों को दिनांक19.4.2022 को दोपहर 1:00 बजे तक कार्यालय संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक, हमीदिया चिकित्सालय,भोपाल (म.प्र.) के सभाकक्ष में खोला जावेगा। इच्छुक दर प्रदायकर्ता इस समय उपस्थित रह सकते हैं।

प्रस्तावों को निर्धारित समय पूर्व कार्यालयीन समय में समस्त दस्तावेजों एवं निर्धारित प्रपत्रों सहित सीलबंद लिफाफे में कार्यालय की आवक शाखा में जमा किया जा सकेगा। प्रस्ताव संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक, हमीदिया चिकित्सालय,भोपाल (म.प्र.) के नाम से प्रेषित किये जावें। लिफाफे के ऊपर "अग्निशमन यंत्रों में रिफिलिंग कार्य हेतु दरें" प्रस्ताव लिखा होना अनिवार्य है।

आवेदन का प्रारूप एवं अन्य आवश्यक जानकारी इस संस्थान की वेबसाईट www.gmcbbhopal.net पर देखी जा सकती है।

1. क्रय की जाने वाली सामग्री का स्पेसिफिकेशन(विशेष विवरण)–

अग्निशामक यंत्रों की रिफिलिंग की जाने वाली सामग्री का पत्रक-1 में संलग्न है।

2. रेस्पॉन्सिव(उत्तरदायी) दर प्रदायकर्ता एवं दरें–

निर्धारित समस्त शर्तों को पूर्ण करने वाले नियत समय में प्रस्ताव प्रस्तुत करें। निर्धारित समस्त प्रपत्रों पर नियत स्थान पर हस्ताक्षर करने वाले प्रस्ताव को रेस्पॉन्सिव दर प्रदायकर्ता माना जावेगा।

रेस्पॉन्सिव दर प्रदायकर्ता में से न्यूनतम दर प्रदायकर्ता को प्रदाय आदेश जारी किया जा सकता है, इच्छुक दर प्रदायकर्ता को अपनी प्रस्तावित दरे संलग्न पत्रक-2 में हार्ड

कॉपी में ही देना होगा। राशि में काट छाट होने की स्थिति में शब्दों में लिखी राशि को मान्य किया जावेगा। अंकों एवं शब्दों में काट छाट होने की स्थिति में प्रस्ताव पर विचार नहीं किया जावेगा।

3. विलम्ब शुल्क—

इस कार्यालय द्वारा प्रदाय आदेश जारी होने के 21 दिवस के भीतर आपको रिफिलिंग सम्बन्धी कार्य करना अनिवार्य है। विलम्ब की स्थिति में रिफिलिंग कार्य के कुल मूल्य के 0.5 प्रतिशत प्रति सप्ताह की दर से कटोत्रा किया जावेगा जो अधिकतम 5 प्रतिशत होगा।

निर्धारित समय में कार्य न करने की स्थिति में आपका कार्यादेश निरस्त किया जा सकता है।

संबंधित विभागों/प्रभागों/वार्डों में अग्निशमन यंत्रों में रिफिलिंग कार्य पूर्ण करने पर संबंधित कार्य का सत्यापन कराया जाना आवश्यक होगा। संलग्न प्रपत्र-3 के अनुसार।

4. भुगतान—

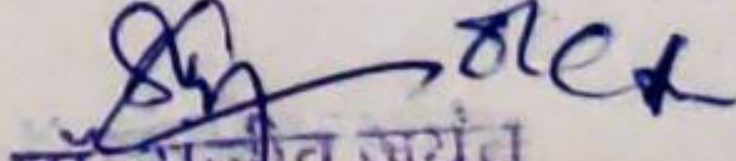
कार्य उपरान्त देयक संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक, हमीदिया चिकित्सालय, भोपाल (म.प्र.) के नाम से प्रेषित किये जावें।

देयक भुगतान हेतु प्रस्तुत करते समय देयकों के साथ आपके फर्म का बैंक खाता क्रमांक, बैंक शाखा का नाम एवं आई.एफ.एस.सी. कोड देना भी अनिवार्य होगा।

5. अन्य शर्तें—

1. आदेश जारी करने के समय निर्धारित संख्या में कमी अथवा बढत की जा सकती है।
2. उक्त संबंध में किसी भी स्पष्टता के लिए आप अंतिम तिथि के एक दिवस पूर्व तक कार्यालयीन दिवसों में प्रातः 11:30 बजे से 12:30 बजे तक कार्यालय में आकर क्रय शाखा से जानकारी प्राप्त कर सकते हैं।
3. निर्धारित तिथि के एक दिवस पूर्व तक उक्त संबंध में कोई भी परिवर्तन/संशोधन किया जा सकता है, जिसकी जानकारी उक्त वेबसाइट पर देखी जा सकती है। कृपया अंतिम तिथि के पूर्व नियमित रूप से वेबसाइट का अवलोकन करने का अनुरोध है।
4. उक्त संबंध में संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक, हमीदिया चिकित्सालय, भोपाल (म.प्र.) कार्यालय का निर्णय अंतिम होगा, जो आपको मान्य करना होगा।
5. न्यायलीन प्रकरण की स्थिति में क्षेत्राधिकार भोपाल रहेगा।
6. यदि आप उक्त शर्तों पर कार्य करने के इच्छुक हो तो निर्धारित समय पूर्व अपने प्रस्ताव इस कार्यालय में प्रेषित करें।

11/04/22
संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक
हमीदिया चिकित्सालय, भोपाल


संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक

कार्यालय संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक हमीदिया चिकित्सालय, भोपाल

क्रमांक / ...61.52-70 / भंडार / ह.चि. / 22-23

भोपाल, दिनांक 11.4.22

प्रपत्र-01

संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक हमीदिया चिकित्सालय भोपाल के विभिन्न विभागों/प्रभागों/वार्डों में स्थापित अग्निशमन यंत्रों में रिफिलिंग संबंधी कार्य के प्रस्ताव एवं दरें आमंत्रण करने के संबंध में।

| स.क्र. | अग्निशमन यंत्रों में रिफिलिंग करने का विवरण | अनुमानित संख्या |
|--------|---|-----------------|
| 1 | "CO ₂ " Type | 22 नग |
| 2 | "ABC" Type | 110 नग |
| | | |

घोषणा पत्र

मैंने उक्त संबंध में संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक हमीदिया चिकित्सालय भोपाल द्वारा समस्त शर्तें पढ व समझ लिया है जो मुझे पूर्णतः मान्य है, मेरे द्वारा दी गई दरें किसी अन्य शासकीय कार्यालय में दी गई दरों से अधिक नहीं है। मेरे द्वारा दी गई समस्त जानकारी सही है, मुझे किसी भी शासकीय कार्यालय से अयोग्य घोषित नहीं किया गया है।

सील—
स्थान—
दिनांक—

अधिकृत के हस्ताक्षर—
फर्म का नाम—
पता—

कार्यालय संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक हमीदिया चिकित्सालय, भोपाल

क्रमांक / 61.5790 / भंडार / ह.चि. / 22-23

भोपाल, दिनांक 11.4.2022

प्रपत्र-02

(दरें / प्रस्ताव प्रस्तुत करने हेतु)

प्रति,

संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक
हमीदिया चिकित्सालय, भोपाल (म.प्र).

मेरे द्वारा अग्निशमन यंत्रों में रिफिलिंग कार्य की निम्नानुसार दरें प्रस्तुत हैं।

| स. क्र. | समाग्री का नाम | रिफिलिंग दर | कर | रिफिलिंग सर्विस चार्ज दर | सर्विस चार्ज कर दर | कुल मूल्य (समस्त कर सहित) |
|---------|--------------------------------|-------------|----|--------------------------|--------------------|---------------------------|
| 1 | "CO ₂ " Type 4.5 kg | | | | | |
| 2 | "CO ₂ " Type 4 kg | | | | | |
| 3 | "ABC" Type 6 kg | | | | | |
| 4 | "ABC" Type 5 kg | | | | | |
| 5 | "ABC" Type 4 kg | | | | | |
| 6 | "BC" Type 5 kg | | | | | |

घोषणा पत्र

मैंने उक्त संबंध में संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक हमीदिया चिकित्सालय भोपाल द्वारा समस्त शर्तें पढ़ व समझ लिया है जो मुझे पूर्णतः मान्य है, मेरे द्वारा दी गई दरें किसी अन्य शासकीय कार्यालय में दी गई दरों से अधिक नहीं हैं। मेरे द्वारा दी गई समस्त जानकारी सही है, मुझे किसी भी शासकीय कार्यालय से अयोग्य घोषित नहीं किया गया है।

सील—
स्थान—
दिनांक—

अधिकृत के हस्ताक्षर—
फर्म का नाम—
पता—

कार्यालय संयुक्त संचालक एवं अधीक्षक हमीदिया चिकित्सालय, भोपाल

प्रपत्र-03

1. विभाग का नाम -

2. रिफिलिंग किए गए अग्निशमन यंत्रों का विवरण-

| स.क्र. | अग्निशमन यंत्रों के प्रकार | क्षमता | रिफिलिंग किए गए अग्निशमन यंत्रों की संख्या |
|--------|----------------------------|--------|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| | | | |

प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि उपरोक्तानुसार विभाग में स्थापित अग्निशमन यंत्रों की रिफिलिंग कार्य आज दिनांक/...../..... को पूर्ण कर लिया गया है जो कि सन्तोषजनक है एवं विभाग में कार्यरत है।

हस्ताक्षर एवं सील

प्रभारी अधिकारी
विभाग / प्रभाग / वार्ड
हमीदिया चिकित्सालय
भोपाल (म.प्र.)