

जिल्हा शल्य चिकीत्सक
सामान्य रुग्णालय जळगांव
जावक क्र : 22301
दिनांक : 11/10/24

Govt. of Maharashtra
Public Health Department
Office of the Civil Surgeon
Jalgaon.
PIN CODE-425001
YEAR—2024-25

- 1) Name of Department— Medical Store
Civil Surgeon, Jalgaon.
- 2) Telephone No.-----0257-2234460
- 3) email [id. -civilsurgeonjalgaon@gmail.com](mailto:cid. -civilsurgeonjalgaon@gmail.com)

**Quotation for Purchase of Hepatitis B & C Kit For
Medical Store at office of the Civil Surgeon
Jalgaon.**

Govt. of Maharashtra
Public Health Department
Office of the Civil Surgeon.
YEAR-2024-25

Web Site Quotation Notice No. 2230/2024-25

Date- 11.10 .2024

OPEN NOTICE

Civil Surgeon, Jalgaon. Is invited quotations for Purchase of following Items from eligible Supplier. The Supplier who is interested please see Terms & Conditions & submit the Quotation in Prescribed Manner

बंद लिफाफावर Quotation No. 7 Purchase of Hepatitis B & C Rapid Test kit for Medical Store ठळक असे लिहावे

| Sr. No. | Name of Item | Approx Quantity to be purchase |
|---------|---|--------------------------------|
| 1 | Hepatitis B Rapid Test (HBsAg Rapid) | 37300 |
| 2 | HCV Antibody detection kit Rapid (Hepatitis C Rapid Test Kit) | 18000 |

Submission

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Submission of quotation by Hand Delivery or post or Courier before Last Date & time on her / his own Risk | Last Dt:- <u>18</u> .10.2024 Time before- 06.00 PM |
| 2 | Opening of Quotation | Date:- <u>21</u> .10.2024 Time- 11 AM. (If possible) Place-Civil Surgeon Office G.H.Jalgaon. |

2) Terms & Conditions—


| | | |
|---|----------------------|---|
| 1 | Rates | Including all Taxes and Charges |
| 2 | Risk Purchase Clause | If Supplier fails to supply the item in stipulated period then Risk Purchase Clause as per dated 01.12.2016 will be applicable. |
| 3 | Delivery | Medical Store, Civil Surgeon Office, Jalgaon 425001. |
| 4 | Acceptance of Rates | Minimum 3 quotations are required for competitive Rates. Lowest rates are Accepted. |

| | | |
|---|------------------------|---|
| 5 | Delivery Period | Only 21 Days from the date of receipt of Order |
| 6 | Payment | CMP/NEFT/Cheque |
| 7 | Self Attested Document | If applicable Valid FDA Licence , NABL Report, other report, CE certification , GST Reg. Certificate, |
| 8 | Rate Format | To be Prepare on Letter Pad Only, Duly Sign by Supplier with Name & Rubber Stamp. Do not write rate |

इतर महत्वाच्या सूचना :-

१. दरपत्रकामध्ये नमूद केलेले दर हे उलब्ध बाजारभावापेक्षा तसेच सदरचे दर एमआरपी व डीपीसीयुपेक्षा जास्त नसावेत व औषध/खरेदी करावयाच्या बाबी बाबत राज्य शासन/ केंद्र शासनाचे सर्व शासन निर्णय व परिपत्रके पालन करण्याची सर्व जबाबदारी दरपत्रक धारकाची राहिल.
२. खरेदी करण्याची संख्या अनुदानाच्या उपलब्धतेनुसार कमी जास्त करण्याचे अधिकार मा. जिल्हा शल्यचिकित्सक यांनी राखून ठेवले आहे.
३. आर्थिक तरतुदीच्या अधीन राहून आदेश हे कमी अधिक होतील.
४. कोणतेही कारण न देता कोणतेही दरपत्रक स्विकारण्याचा किंवा नाकारण्याचा किंवा प्रक्रिया स्थगित ठेवण्याचा तसेच औषधे/ खरेदी करावयाच्या बाबींची संख्या कमी/ अधिक किंवा निरंक करण्याचा अधिकार जिल्हा शल्यचिकित्सक यांनी स्वतःकडे राखून ठेवला आहे. त्यासाठी कोणतेही तोंडी अथवा लेखी कारण दिले जाणार नाही अगर पत्र व्यवहार केला जाणार नाही.

बंद लिफाफावर Quotation No. 7 Purchase of Hepatitis B & C Rapid Test kit for Medical Store ठळक असे लिहावे


 Civil Surgeon, Jalgaon.
CIVIL SURGEON, JALGAON

Format For Quotation

(Supplier should Submit Sealed quotation on her/his own letter pad)

Date-

To,
Civil Surgeon,
Jalgaon.

Sub—Submission of Quotations

Ref---Your Office Website Notice No.....

Dated

With reference to above Subject, we are herewith submitting following items for Govt. Purchase.

| Sr.No | Name of Item | Unit Rate |
|-------|--------------|-----------|
| | | |

Note-Rates are inclusive of all Taxes

Certificate

- 1) I under signed hereby certified that above rates are not exceed than MRP or current market Rates. I accept all terms & Conditions without any complaint. Submitted all information & Documents are true.
- २) मी/आम्ही याद्वारे अशी हमी देतो कि, खरेदी प्राधिकारी यांचे सोबत माझा/आमचा हितसंबंधाचा संघर्ष नसून मी/आम्ही एकल निविदा सादर केलेली आहे.
- ३) सदर दरपत्रकाच्या अटी व शर्तीनुसार मी/आम्ही विहित कालावधीत पुरवठा न केल्यास आमच्या संस्थेवर Risk Purchase Clause नुसार दंडात्मक कारवाईसह आमच्या संस्थेस काळ्या यादीत समाविष्ट करून जिल्हा शल्य चिकित्सक, जळगाव या कार्यालयात पुढील १ वर्षासाठी दरपत्रके/निविदा भरण्यापासून प्रतिबंधित करण्यात येईल याची मला/ आम्हाला संपूर्ण जाणीव आहे.

Supplier Sign & Stamp.