



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ



ಶ್ರೀ ಚಾಮರಾಜೇಂದ್ರ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹಿಮ್ಸ್, ಹಾಸನ

e-Mail:dsnhassan@gmail.com Ph No: 08172-250330



ಸಂಖ್ಯೆ:HIMS/SCH/UF/47/2023-24

ದಿನಾಂಕ: . .2024

ಮರು-ಕೊಟೇಶನ್ ಅಧಿಸೂಚನೆ

ವಿಷಯ: ಸಂಸ್ಥೆಯ ಶ್ರೀ ಚಾಮರಾಜೇಂದ್ರ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕಿವಿ, ಮೂಗು ಮತ್ತು ಗಂಟಲು ವಿಭಾಗದ ಸ್ವೀಚ್ ಥೆರಫಿಗೆ ಬೇಕಾಗಿರುವ ಪೀಠೋಪಕರಣಗಳನ್ನು ಖರೀದಿ ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ.

ಉಲ್ಲೇಖ:1.ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಹಾಗೂ ವಿಭಾಗದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ಕಿವಿ, ಮೂಗು ಮತ್ತು ಗಂಟಲು ವಿಭಾಗ, ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹಿಮ್ಸ್, ಹಾಸನ.ರವರ ಮನವಿ ಪತ್ರ ದಿನಾಂಕ: 22.06.2023

2.ದರಪಟ್ಟಿ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಸಂಖ್ಯೆ:HIMS/SCH/UF/47/2023-24 ದಿನಾಂಕ:27.11.2023

--*

ಸಂಸ್ಥೆಯ ಶ್ರೀ ಚಾಮರಾಜೇಂದ್ರ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕಿವಿ, ಮೂಗು ಮತ್ತು ಗಂಟಲು ವಿಭಾಗದ ಸ್ವೀಚ್ ಥೆರಫಿಗೆ ಬೇಕಾಗಿರುವ ಪೀಠೋಪಕರಣಗಳನ್ನು ಖರೀದಿ ಮಾಡುವ ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕೃತ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ದರಗಳನ್ನು ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆಸಕ್ತಿಯುಳ್ಳವರು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಷರತ್ತಿಗೊಳಪಟ್ಟು ತಮ್ಮ ದರಗಳನ್ನು ಈ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಜೊತೆಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದ ನಮೂನೆ (Formate of Quotations) ಯಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕ: . .2024 ರಂದು ಸಂಜೆ 5.30 ಗಂಟೆಯ ಒಳಗಾಗಿ ಈ ಕಛೇರಿಗೆ ತಲುಪುವಂತೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಕ್ರ ಸ	ವಿವರಣೆ	ಪ್ರಮಾಣ
1	2	3
01	Table : Dimensions :Length 66 x Base 56x Height 56 cm	01 No
02	Chair Dimensions :Length 25 x Base 25 x Height 56 cm	06 Nos
03	Library Almirah : Height (in feet) 6, No of shelves -04, L-66", Breadth-33", Depth-15"	01 No

ದರಪಟ್ಟಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಷರತ್ತು ಹಾಗೂ ನಿಬಂಧನೆಗಳು

1. ತಾವು ನಮೂದಿಸಿದ ದರವು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕೂ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ದರಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ಯಾಗಿರಕೂಡದು.
2. ಸದರಿ ದರಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣ ನೀಡದೇ ತಿರಸ್ಕರಿಸುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಹಿಮ್ಸ್, ಹಾಸನ ಇವರಿಗೆ ಕಾಯ್ದಿರಿಸಲಾಗಿದೆ.
3. ಸದರಿ ವಸ್ತುಗಳ ಖರೀದಿಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಗ್ರಹಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಪಾರದರ್ಶಕತೆ ನಿಯಮ 1999ರ ಮತ್ತು 2000 ನಿಯಮಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
4. ದರಪಟ್ಟಿಯೊಂದಿಗೆ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಯ ನೋಂದಾಣಿ (Registration) ಪ್ರತಿ GST ನೋಂದಾಣಿ ಮತ್ತು ಪಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸುವುದು.
5. ಮೂಲ ತಯಾರಿಕರಿಂದ ಪಡೆದ ಪರವಾನಗೆ ಪತ್ರ.
6. ಸೀಲು ಮಾಡಿದ ಲಕೋಟಿಯ ಮೇಲೆ "Quotation for ಸಂಸ್ಥೆಯ ಶ್ರೀ ಚಾಮರಾಜೇಂದ್ರ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕಿವಿ, ಮೂಗು ಮತ್ತು ಗಂಟಲು ವಿಭಾಗದ ಸ್ವೀಚ್ ಥೆರಫಿಗೆ ಬೇಕಾಗಿರುವ ಪೀಠೋಪಕರಣಗಳನ್ನು ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ". ಎಂದು ತಪ್ಪದೆ ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಮುಖ್ಯ ಆಜ್ಞಾತಾಧಿಕಾರಿ,
ಹಾಸನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ,
ಹಾಸನ.
5/11/2024

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ವ್ಯಾಪಕ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕಾಗಿ ವಂದನೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

- 1) ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಹಾಸನ ಜಿಲ್ಲೆ, ಹಾಸನ.
- 2) ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೂ, ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್, ಹಾಸನ.
- 3) ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಹಾಸನ.
- 4) ತಹಶೀಲ್ದಾರರು /ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಹಾಸನ
- 5) ಕಾರ್ಯಪಾಲಕ ಅಭಿಯಂತರರು, ಲೋಕೋಪಯೋಗಿ ಇಲಾಖೆ, ಹಾಸನ ವಿಭಾಗ, ಹಾಸನ.
- 6) ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸರ್ಕಾರಿ ಗ್ರಾಹಕರ ಮಹಾಮಂಡಳಿ ನಿಯಮಿತ.ಹಾಸನ ಶಾಖೆ,ಶೃತಿ ಕಾಂಪ್ಲೆಕ್ಸ್, ಅರಳಿಕಟ್ಟೆ ಸರ್ಕಲ್, ಸಾಲಗಾಮೆ ರಸ್ತೆ, ಹಾಸನ-573201, ಇವರಿಗೆ ರವಾನಿಸುತ್ತಾ ನಿಗದಿತ ದಿನಾಂಕದ ಒಳಗಾಗಿ ತಮ್ಮ ದರಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಲು ಕೋರಿದೆ.
- 7) ಸೂಚನಾಫಲಕ , ಹಳೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹಿಮ್ಸ್, ಹಾಸನ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು, ಹಿಮ್ಸ್, ಹಾಸನ.
- 8) ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಹಾಗೂ ವಿಭಾಗದ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ಕಿವಿ, ಮೂಗು ಮತ್ತು ಗಂಟಲು ವಿಭಾಗ, ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹಿಮ್ಸ್, ಹಾಸನ.

FORMATE OF QUOTATION

Sl. No.	Description of Goods / Equipment	Brief Specification	Quantity	Unit rate (Rs.)	Total amount (in Figure)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

(Note: Price of the Items quoted including all charges)

Gross Total cost: Rs. _____ (In figure)

Rs. _____ (In words)

1) We agree to supply the above goods in accordance with the technical specifications for a total contract price of Rs. _____ (in figures) (Rs. _____ (in words), within the period specified in the invitation for quotation.

2) We also confirm that the normal commercial warranty /guarantee of _____ months shall apply to the offered goods.

Name: _____

Signature: _____

Date: _____