



ಹಾಸನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ, ಹಾಸನ
HASSAN INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, HASSAN.
 (An Autonomous Medical Institution, Government of Karnataka)
 SRI CHAMARAJENDRA HOSPITAL CAMPUS, HASSAN-573201.
 WEB SITE: www.hims-hassan.org, Phone/Fax No. 08172-231699 /231599 Email:directorhims@yahoo.com



ಸಂಖ್ಯೆ: SCH/HIMS/Bio/CL/02/2022-23

ದಿನಾಂಕ: ೧.11.2023

ಕೊಟೇಶನ್ ಅಧಿಸೂಚನೆ

ವಿಷಯ: ಶ್ರೀ ಚಾಮರಾಜೇಂದ್ರ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಜೀವರಸಾಯನಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗದ ಕೇಂದ್ರ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯಕ್ಕೆ HB, HbA1c, ಕಾರ್ಡಿಯಾಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ Extrarnal quality Assurance (EQA) ಸೇವೆಗಳನ್ನು 2023-24 ನೇ ಸಾಲಿಗೆ ಒದಗಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ.
 ಉಲ್ಲೇಖ: ಕಛೇರಿ ಟಿಪ್ಪಣಿ ಅನುಮೋದನೆ ದಿನಾಂಕ: 03.11.2023

*--**

ಶ್ರೀ ಚಾಮರಾಜೇಂದ್ರ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಜೀವರಸಾಯನಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗದ ಕೇಂದ್ರ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯಕ್ಕೆ HB, HbA1c, ಕಾರ್ಡಿಯಾಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ Extrarnal quality Assurance (EQA) ಸೇವೆಗಳನ್ನು 2023-24 ನೇ ಸಾಲಿಗೆ ಒದಗಿಸುವ ಸಂಬಂಧ ಅಧಿಕೃತ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ ದರಗಳನ್ನು ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆಸಕ್ತಿಯುಳ್ಳವರು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಷರತ್ತಿಗೊಳಪಟ್ಟು ತಮ್ಮ ದರಗಳನ್ನು ಈ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಜೊತೆಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದ ನಮೂನೆ (Formate of Quotations) ಯಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕ: 1೧.11.2023 ರಂದು ಸಂಜೆ: 5.00 ಗಂಟೆಯ ಒಳಗಾಗಿ ಈ ಕಛೇರಿಗೆ ತಲುಪುವಂತೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

| Sl No | Program start & date & end date | Description | Pack Size |
|-------|---------------------------------|---------------------------------------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 01 | April -2023 to March -2024 | Monthly Cardiac Marker EQAS Program | 12 x 1.5 ml |
| 02 | Nov-2023 to Oct-2024 | Monthly Hemoglobin HbA1c EQAS Program | 12 x 0.5 ml |

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, ಹಿಮ್ಮೆ, 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 ಲಗತ್ತಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
5. ಮೂಲ ತಯಾರಿಕರಿಂದ ಪಡೆದ ಪರವಾನಗೆ ಪತ್ರ.
6. ಸೀಲು ಮಾಡಿದ ಲಕೋಟೆಯ ಮೇಲೆ "Quotation ಶ್ರೀ ಚಾಮರಾಜೇಂದ್ರ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಜೀವರಸಾಯನಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗದ ಕೇಂದ್ರ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯಕ್ಕೆ HB, HbA1c, ಕಾರ್ಡಿಯಾಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ Extrarnal quality Assurance (EQA) ಸೇವೆಗಳನ್ನು 2023-24 ನೇ ಸಾಲಿಗೆ ಒದಗಿಸುವ ಬಗ್ಗೆ". ಎಂದು ತಪ್ಪದೆ ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಮುಖ್ಯ ಆಡಳಿತಾಧಿಕಾರಿ,
 ಹಾಸನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ,
 ಹಾಸನ

7/11/23

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ವ್ಯಾಪಕ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕಾಗಿ ಪಂದನೆಗಳೊಂದಿಗೆ 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
- 7) ಸೂಚನಾಪಾಲಕ , ಹೊಸ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹಿಮ್ಮ, ಹಾಸನ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು, ಹಿಮ್ಮ, ಹಾಸನ.
- 8) ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ಜೀವರಸಾಯನಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ, ಹಿಮ್ಮ, 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: _____