



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಹಾಸನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ, ಹಾಸನ

(An Autonomous Institute under the Dept of Medical Education, Government of Karnataka)

SRI CHAMARAJENDRA HOSPITAL CAMPUS, HASSAN

Website: www.hims-hassan.org Phone/Fax No.08172-231699, 231599, Email:directorhims@yahoo.com



ಸಂಖ್ಯೆ : ಹಿಮ್/ಎಸ್.ಸಿ.ಹೆಚ್/ಡ್ರಗ್/ಕೋ/41/2021-22.

ದಿನಾಂಕ: 13.01.2022

**ಕೋಟೇಶನ್ ಅಧಿಸೂಚನೆ**

ವಿಷಯ: ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಒಳರೋಗಿಗಳಿಗೆ Inj.Human Albumin 20% ಖರೀದಿ ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ.

ಉಲ್ಲೇಖ: 1. ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗ ಹಿಮ್, ಹಾಸನರವರ

ಮನವಿ ಪತ್ರ ದಿನಾಂಕ: 12.01.2022

\*-\*\*-\*

ಸಂಸ್ಥೆಯ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರ ವಿಭಾಗದ ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಒಳರೋಗಿಗಳಿಗೆ Inj.Human Albumin 20% ಖರೀದಿ ಮಾಡುವ ಸಂಬಂಧ, ಅಧಿಕೃತ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ/ತಯಾರಕರಿಂದ ದರಗಳನ್ನು ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆಸಕ್ತಿಯುಳ್ಳವರು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಷರತ್ತಿಗೊಳಪಟ್ಟು ತಮ್ಮ ದರಗಳನ್ನು ಈ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಜೊತೆಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದ ನಮೂನೆ (Formate of Quotations) ನಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕ: 20.01.2022 ರಂದು ಸಾಯಂಕಾಲ : 5.00 ಗಂಟೆಯ ಒಳಗಾಗಿ ಈ ಕಛೇರಿಗೆ ತಲುಪುವಂತೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಕ್ರ.ಸಂ	ವಿವರ	ಪ್ರಮಾಣ	ಸರಬರಾಜು ಮಾಡಲು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿ ಅವಧಿ
	01	02	03
01	Inj.Human Albumin 20%	25 nos	7 Days from the date of supply order

**ದರಪಟ್ಟಿ ಸಲ್ಲಿಸುವ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಗೆ ಷರತ್ತು ಹಾಗೂ ನಿಬಂಧನೆಗಳು**

1. ತಾವು ನಮೂದಿಸಿದ ದರವು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕೂ ಮಾರುಕಟ್ಟೆ ದರಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ಯಾಗಿರಕೂಡದು.
2. ಸದರಿ ದರಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಕಾರಣ ನೀಡದೇ ತಿರಸ್ಕರಿಸುವ ಹಕ್ಕನ್ನು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧೀಕ್ಷಕರು, ಶ್ರೀ ಚಾಮರಾಜೇಂದ್ರ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹಿಮ್, 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. ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕಪ್ಪು ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ.
6. ಮೂಲ ತಯಾರಿಕ ಪತ್ರ/ಮೂಲ ತಯಾರಿಕರಿಂದ ಪಡೆದ ಪರವಾನಗೆ ಪತ್ರ.
7. ಸೀಲು ಮಾಡಿದ ಲಕೋಟಿಯ ಮೇಲೆ "Quotation ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಒಳರೋಗಿಗಳಿಗೆ Inj.Human Albumin 20% ಖರೀದಿ ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ" ಎಂದು ತಪ್ಪದೆ ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಜಿಲ್ಲಾಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧೀಕ್ಷಕರು,  
ಶ್ರೀ ಚಾಮರಾಜೇಂದ್ರ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹಿಮ್, ಹಾಸನ.

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಅಧಿಕಾರಿಗಳ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ವ್ಯಾಪಕ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕಾಗಿ ವಂದನೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಸಲ್ಲಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

- 1) ನಿರ್ದೇಶಕರು, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ ನಿರ್ದೇಶನಾಲಯ, ಆನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ, ಬೆಂಗಳೂರು.
- 2) ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು, ಆನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ, ಬೆಂಗಳೂರು.
- 3) ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು, ಹಾಸನ ಜಿಲ್ಲೆ, ಹಾಸನ.
- 4) ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ಅಧಿಕಾರಿಗಳೂ, ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್, ಹಾಸನ.
- 5) ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಹಾಸನ.
- 6) ತಹಶೀಲ್ದಾರರು /ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು, ಹಾಸನ
- 7) ಕಾರ್ಯಪಾಲಕ ಅಧಿಯಂತರರು, ಲೋಕೋಪಯೋಗಿ ಇಲಾಖೆ, ಹಾಸನ ವಿಭಾಗ, ಹಾಸನ.
- 8) ನಿರ್ದೇಶಕರು/ಡೀನ್ / ಶಿವಮೊಗ್ಗ/ ಮಂಡ್ಯ / ಬೀದರ್ / ಬೆಳಗಾವಿ/ ರಾಯಚೂರು / ಕೊಪ್ಪಳ / ಗದಗ/ ಕೊಡಗು /ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ/ಕಾರವಾರ/ ಚಾಮರಾಜನಗರ / ಬಿ.ಎಮ್.ಸಿ.ಆರ್.ಐ. ಬೆಂಗಳೂರು / ಎಮ್.ಎಮ್.ಸಿ.ಆರ್.ಐ., ಮೈಸೂರು./ ಜಯದೇವ ಹೃದ್ರೋಗ ಆಸ್ಪತ್ರೆ / ವಿಮ್ಸ್ ಬಳ್ಳಾರಿ
- 9) ಜಿಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು/ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧೀಕ್ಷಕರು, ಶ್ರೀ ಚಾಮರಾಜೇಂದ್ರ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹಾಸನ / ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು /ಶುಮಕೂರು / ಶಿವಮೊಗ್ಗ / ಮಡಿಕೇರಿ/ ಮೈಸೂರು/ ಉಡುಪಿ/ಮಂಗಳೂರು.
- 10) ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಸಹಕಾರಿ ಗ್ರಾಹಕರ ಮಹಾಮಂಡಳಿ ನಿಯಮಿತ ನಂ.5, ಪಂಪ ಮಹಾಕವಿ ರಸ್ತೆ, ಚಾಮರಾಜಪೇಟೆ, ಬೆಂಗಳೂರು -18, ಇವರಿಗೆ ರವಾನಿಸುತ್ತಾ ನಿಗದಿತ ದಿನಾಂಕದ ಒಳಗಾಗಿ ತಮ್ಮ ದರಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಲು ಕೋರಿದೆ.
- 11) ಸೂಚನಾಫಲಕ , ಹಳೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹೊಸ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹಿಮ್ಮ, ಹಾಸನ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು, ಹಿಮ್ಮ, ಹಾಸನ.
- 12) ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರ 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: \_\_\_\_\_