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 : ಹಿಮ್ಸ್/ಎಸ್.ಸಿ.ಹೆಚ್/ಯೂ.ಎಫ್/03/2022–23. ದಿನಾಂಕ:18.05.2022

ಕೋಟೇಶನ್ ಅಧಿಸೂಚನೆ

ವಿಷಯ: ಕೀಲು ಮತ್ತು ಮೂಳೆ ವಿಭಾಗದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಗೆ C-ARM Lead Apron ಖರೀದಿ ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ.

ಉಲ್ಲೇಖ: 1. ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು ಕೀಲು ಮತ್ತು ಮೂಳೆ ವಿಭಾಗ ಹಿಮ್ಸ್, ಹಾಸನರವರ ಕೋರಿಕೆ ಪತ್ರ ದಿನಾಂಕ: 27.04.2022

––*

ಸಂಸ್ಥೆಯ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಕೀಲು ಮತ್ತು ಮೂಳೆ ವಿಭಾಗದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಗೆ ಕರ್ತವ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಲು C-ARM Lead Apron, 12nos ಖರೀದಿ ಮಾಡುವ ಸಂಬಂಧ, ಅಧಿಕೃತ ಸಂಸ್ಥೆಗಳಿಂದ/ತಯಾರಕರಿಂದ ದರಗಳನ್ನು ಆಹ್ವಾನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆಸಕ್ತಿಯುಳ್ಳವರು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಪರಿತ್ತಿಗೊಳಪಟ್ಟು ತಮ್ಮ ದರಗಳನ್ನು ಈ ಅಧಿಸೂಚನೆ ಜೊತೆಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದ ನಮೂನೆ (Formate of Quotations)ನಲ್ಲಿ ದಿನಾಂಕ: 25.05.2022 ರಂದು ಸಾಯಂಕಾಲ : 5.00 ಗಂಟೆಯ ಒಳಗಾಗಿ ಈ ಕಛೇರಿಗೆ ತಲುಪುವಂತೆ ಸಲ್ಲಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಕ್ರಸಂ	ವಿವರ	ಪ್ರಮಾಣ	ಸರಬರಾಜು ಮಾಡಲು ನಿಗದಿಪಡಿಸಿ ಅವಧಿ
	01	02	03
01	C-ARM Lead Apron	12 nos	7 Days from the date of supply order
02	**Technical Specification of Lead Apron** * Lead Apron made Of Imported Vinyl Material * 0.5 mm Pb Lead Equivalent * Weight around 3.7 kgs * 100 cm Length & 60 cm Width * Measured Lead Equivalence :0.48 mm at 100 KVP of X-ray Beam * Product is BARC Approved		

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, ಹಿಮ್ಸ್, ಹಾಸನ ಇವರಿಗೆ ಕಾಯ್ದಿರಿಸಲಾಗಿದೆ.
3. ಸದರಿ ವಸ್ತುಗಳ ಖರೀದಿಯು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಂಗ್ರಹಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಪಾರದರ್ಶಕತೆ ನಿಯಮ 1999ರ ಮತ್ತು 2000 ನಿಯಮಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ.
4. ದರಪಟ್ಟಿಯೊಂದಿಗೆ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸಂಸ್ಥೆಯ ನೊಂದಾಣಿ(ಖಜಿಠಿಣಡಿಚಿಣುಠಟಿ) ಪ್ರತಿ, ಉಖಿಏ ನೊಂದಾಣಿ ಮತ್ತು ಪಾನ್ ಕಾರ್ಡ್ ಪ್ರತಿಗಳನ್ನು ಲಗತ್ತಿಸತಕ್ಕದ್ದು.
5. ಸಂಸ್ಥೆಯು ಕಪ್ಪು ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲದಿರುವ ಬಗ್ಗೆ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ.
6. ಮೂಲ ತಯಾರಿಕ ಪತ್ರ/ಮೂಲ ತಯಾರಿಕರಿಂದ ಪಡೆದ ಪರವಾನಗೆ ಪತ್ರ.

7. ಕೀಲು ಮಾಡಿದ ಲಕೋಟೆಯ ಮೇಲೆ "Quotation" ಕೀಲು ಮತ್ತು ಮೂಳೆ ವಿಭಾಗದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಗೆ 12nos C-ARM Lead Apron ಖರೀದಿ ಮಾಡುವ ಬಗ್ಗೆ ಎಂದು ತಪ್ಪದೆ ನಮೂದಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಜಿಲ್ಲಾಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು/ವೈದ್ಯಕೀಯ ಅಧೀಕ್ಷಕರು.
ಶ್ರೀ ಚಾಮರಾಜೇಂದ್ರ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹಿಮ್ಸ್,
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 ಅಭಿಯಂತರರು, ಲೋಕೋಪಯೋಗಿ ಇಲಾಖೆ, ಹಾಸನ ವಿಭಾಗ, ಹಾಸನ.
8) ನಿರ್ದೇಶಕರು ಡೀನ್ ಶಿವಮೊಗ್ಗ ಮಂಡ್ಯ ಚೀವರ್ ಬೆಳಗಾಂ ರಾಯಚೂರು ಕೊಪ್ಪಳ /ಗದಗ/ ಕೊಡಗು /ಗುಲ್ಬರ್ಗಾ/ಕಾರವಾರ/ ಚಾಮರಾಜನಗರ / ಜಿ.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 /ತುಮಕೂರು / 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) ಸೂಚನಫಲಕ , ಹಳೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹೊಸ ಬೋಧಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಹಿಮ್ಸ್, ಹಾಸನ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾಲೇಜು, ಹಿಮ್ಸ್, ಹಾಸನ.
12) ಪ್ರಾಧ್ಯಾಪಕರು ಹಾಗೂ ಮುಖ್ಯಸ್ಥರು, ಕೀಲು ಮತ್ತು ಮೂಳೆ ವಿಭಾಗ, ಹಿಮ್ಸ್, ಹಾಸನ.

FORMATE OF QUOTATION

Sl. No.	Description of Goods / Equipment	Brief Specification	Quantity	Unit rate (Rs.)	Total amount (in Figuare)
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: ----------