


कार्यालयाचेनांव - वैद्यकीय अधीक्षक, राज्य कामगार विमा योजना, रुग्णालय मोहननगर
चिंचवड पुणे 411019 येथील निरुपयोगी, निर्लेखित केलेले उपकरणे विक्री करणे बाबत.
विभागाचे नांव - बाह्यरुग्ण विभाग

Sr No	Equipment Name	Qty	Sale price
1	Electro Surgery Unit	1	1416.45
2	ECG Monitor Defibrilator	1	8835.58
3	Suction Machine	1	797.66
4	Suction Machine	1	1681.15
5	Electric Plaster Cutter	1	1290.07
6	Electric Plaster Cutter	1	1610.98
7	Shadowless Lamp Ceiling Surgical Light	1	18.83
8	Side Light Portable	1	6.9
9	Bulls Eye Lamp	1	96.92
10	Bulls Eye Lamp	1	96.92
11	Operation Table	1	6788.35
12	Self illuminating magnifying glass	1	649.12
	Total Amont		23288.93


MEDICAL SUPERINTENDENT
E.S.I.S. HOSPITAL
Mohannagar, Chinchwad, Pune-19

अटी व शर्ती.

- १) राज्य कामगार विमा योजना रुग्णालय मोहननगर चिंचवड पुणे ४११०१९ यांचे मालकीची निरुपयोगी ठरविण्यात आलेली जुने निर्लेखित वैद्यकीय उपकरणे ही निविदा पध्दतीने सध्या जेथे आहे जसे आहे त्या स्थितीत विक्री करणे आहे.
- २) सदर निर्लेखित वैद्यकीय उपकरणे खरेदी करण्यास ईच्छुक निविदाधारकांना शासकीय सुटीचे दिवस वगळून दि. ११.११.२०२४ ते दि. ३०.११.२०२४ पर्यंत दुपारी २.३० ते ५.०० पर्यंत या रुग्णालयात प्रत्यक्ष पहाण्यासाठी उपस्थित रहावे. सदर बाबतची मोहरबंद निविदा दि. ०२.१२.२०२४. ते ०७.१२.२०२४ पर्यंत दुपारी ४.०० वाजेपर्यंत राज्य कामगार विमा योजना रुग्णालय मोहननगर चिंचवड पुणे येथे स्वतः किंवा प्रतिनिधी मार्फत सादर करावीत. विहित वेळेनंतर सादर केलेल्या किंवा पोष्टाने पाठविलेल्या निविदा स्विकारल्या जाणार नाहीत. यास्तव खरेदी निविदा वरील कार्यालयात अंतिम दिनांकापूर्वी व वेळेत पोहचविण्याची जबाबदारी संबंधीत निविदाधारक यांची राहिल. याबाबत कोणतीही तक्रार स्विकारण्यात येणार नाही. निर्लेखित करण्यात आलेल्या वैद्यकीय उपकरणांची नावे व पुस्तकी किंमत यादी सोबत जोडण्यात येत आहे.
- ३) सदर विक्री निविदा पध्दतीने करण्यात येणार असल्याने निविदेच्या बंद लिफाफ्यावर निर्लेखित वैद्यकीय उपकरणे निविदा असे स्पष्ट नमुद करून वैद्यकीय अधीक्षक, राज्य कामगार विमा योजना रुग्णालय, मोहननगर चिंचवड पुणे ४११०१९ यांच्या नावे निविदा सादर करण्यात यावी. निविदे सोबत पॅनकार्ड, आधारकार्ड व GST नंबर सर्टिफिकेटची छायांकित प्रत जोडणे आवश्यक आहे. अन्यथा निविदा ग्राह्य धरली जाणार नाही.
- ४) निविदे सोबत अनामत रक्कम रु.१०,०००/- डि.डी. स्वरुपात वैद्यकीय अधीक्षक, रा.का.वि.योजना रुग्णालय, मोहननगर चिंचवड पुणे या नावाने या रुग्णालयाच्या रोखपाल विभागात जमा करावेत.
- ५) पुस्तकी किंमतीपेक्षा उच्चतम दर नोंदविणा-या खरेदीदारास निर्लेखित, निरुपयोगी वैद्यकीय उपकरणे विक्री करण्यात येतील. निवड झालेल्या निविदा धारकास संपूर्ण रक्कम भरणा केल्यानंतर सदरची निर्लेखित निरुपयोगी वैद्यकीय उपकरणे स्वजबाबदारीवर घेउन जाण्याची परवानगी देण्यात येईल. त्यासाठी या कार्यालयामार्फत कोणतेही मनुष्यबळ किंवा इतर खर्च देण्यात येणार नाही.
- ६) निविदा धारकाचे GST रजिस्ट्रेशन क्रमांक असणे आवश्यक आहे.
- ७) सदर निर्लेखित, निरुपयोगी वैद्यकीय उपकरणे खरेदी किंमतीवर १८ टक्के GST रक्कमेचा वेगळा कर आकरण्यात येईल. GST रजिस्ट्रेशन सर्टिफिकेट असल्या शिवाय निविदा स्विकारली जाणार नाही.
- ८) निविदा पाकीटवर खरेदीधारकाने आपले संपूर्ण नाव, पत्ता, मोबाईल नंबर नमुद करावा.
- ९) जर वैद्यकीय उपकरणे योग्य ती किंमत निविदा धारकांकडून न आल्यास निविदा नामंजूर करणे स्थगिती देणे अथवा सदर निविदेच्या अटी व शर्ती शिथिल करणे किंवा कोणतीही पूर्वसुचना न देता निविदा रद्द करण्याबाबतचे सर्व अधिकार या रुग्णालयाच्या वैद्यकीय अधीक्षक यांना राखून ठेवले आहेत.
- १०) यशस्वी निविदा धारकाने निविदा मंजूरीनंतर कोणत्याही कारणास्तव निर्लेखित, निरुपयोगी वैद्यकीय उपकरणे ताब्यात घेण्यास नकार दिल्यास त्याने जमा केलेली अनामत रक्कम रुपये १०,०००/- जप्त करून शासन खाती जमा करण्यात येईल. सदर रक्कम संबंधीत निविदा धारकास परत करण्यात येणार नाही. तसेच ज्या निविदाधारकांनी खरेदी दर कमी नमूद कले असतील त्यांना अनामत रक्कमेचा डि.डी. परत करण्यात येईल.


(डॉ. वर्षा सुपे)

वैद्यकीय अधीक्षक

रा.का.वि.यो रुग्णालय, मोहननगर,
चिंचवड,पुणे-१९.

प्रति,
वैद्यकीय अधीक्षक,
राज्य कामगार विमा योजना, रुग्णालय,
मोहननगर चिंचवड पुणे ४११०१९

विषय :- रा.का.वि.योजना रुग्णालय प्रयोगशाळा विभागासी संबंधीत असलेले निरुपयोगी,
निलेखित केलेले उपकरणे विक्री करणेबाबत.

अ.क्र	तपशील	माहिती.
१)	खरेदीदारकाचे नांव / कंपनी / फर्म असल्यास त्यांचे नांव	
२)	खरेदीदारकाचा पूर्ण पत्ता	
३)	खरेदीदारक कंपनी असेल तर कंपनीचा पूर्ण पत्ता.	
४)	जाहिरातीनुसार उपकरणांची पाहणी केल्याचा दिनांक	
५)	इसारा (EMD) रक्कम भरल्याचा क्रमांक व दिनांक	

शासन संकेतस्थळावर प्रसिध्द केलेली जाहिरात नुसार सदरचे दरपत्रक सादर करीत आहे.
जाहिरातीमध्ये नमुद अटी व शर्तीनुसार मला मान्य आहेत.

उपरोक्त उपकरणाची खरेदी रक्कमेवर आपल्या कार्यालयाकडून आकारण्यात येणारा आवश्यक तो
वस्तु व सेवा कर भरण्यास माझी संमती आहे.

जाहिरातमधील नमुद सर्व सुचना, अटी व शर्ती मला / आम्हाला मान्य आहेत.

आपला,

दरपत्रकधारकाचे संपूर्ण नांव व स्वाक्षरी

संपूर्ण पत्ता व मोबाईल क्रमांक