मुख्य चिकित्सा अधिकारी,हरिद्वार (उत्तराखण्ड)

चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग

निविदा प्रपत्र

District Public Health Laboratory मेला चिकित्सालय हेतु

Part A- Bio safety cabinet class III
Part B- Autocalave for Decontaminataion with Digital Display (vertical)
Part C- 1- Deep freezer (-20^0 Degree C)
2- Refrigerator Vertical 165 Liters
Part D- 1- Hot Air Oven
2- Incubator
3- Centrifuge
4- Micropipetts (0.2-10 µl)(20-200 µl)(100-1000 µl)
5- Weight Scale
6- Mixer

निविदा प्रपत्र का मूल्य प्रत्येक पार्ट हेतु रू0 236.00 **(GST Including)**

मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
हरिद्वार, उत्तराखण्ड

कार्यालय मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार।

पत्रांकः– आई–5 / भण्डार / IDSP / DPHL/Tender-1 / 2017–18 /621-01 दिनांकः 16.03.2018

निविदा प्रपत्र

उत्तराखण्ड राज्य के महामहिम राज्यपाल की ओर से उत्तराखण्ड़ अधिप्राप्ति नियमावली 2017 संख्याः 130 / xxxvii(7)32/ 2017 दिनांक 14.07.2017 के अनुसार अधोहस्ताक्षरी के अधीन राजकीय मेला चिकित्सालय हरिद्वार में District Public Health Laboratory के सुदृढीकरण बावत उपकरणों के क्रय हेतु प्रतिष्ठित निर्माता या उनके द्वारा अधिकृत प्रतिनिधियों से दो लिफाफा प्रणाली के अन्तर्गत नियमानुसार प्रत्येक भाग हेतु प्रथक–प्रथक निविदायें आमंत्रित की जाती हैं। इच्छुक निविदादाता **दिनांक 19.03.2018 से 05.04.2018 तक निविदा प्रपत्र** http://www.haridwar.nic.in **& www.cmoharidwar.org** से डाउनलोड कर सकते है। **निविदा प्रपत्र दिनांक 06.04.2018 को मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के कार्यालय में रखे निविदा बॉक्स में सायं 02 बजे तक डाली जायेगी। जो कि उसी दिन अपरान्ह 03 बजे जिला क्रय समिति के द्वारा खोली जायेगी।** निविदा के प्रत्येक भाग हेतु निर्धारित निविदा मुल्य बैंक ड्राफ्ट के माध्यम से जमा करना होगा जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार के नामे हो को मूल रूप में निविदा प्रपत्र के साथ संलग्न कर जमा करना होगा, निविदा मुल्य जमा न होने पर सम्बन्धित निविदा पर विचार नही किया जायेगा। एक या सभी निविदाओं को निरस्त करने का पूर्ण अधीकार मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार का होगा।

क0स0	भाग (पार्ट)	विवरण	मात्रा	निविदा का मुल्य GST सहित	धरोहर धनराशि 3%
1	Part-A	Bio safety cabinet class III	01	236.00	9000.00
2	Part-B	Autocalave for Decontaminataion with Digital Display (vertical)	01	236.00	4500.00
3	Part-C	1-Deep freezer (-20 Degree C)	01	236.00	6600.00
		2- Refrigerator Vertical 165 Liters	01		
4	Part-D	1- Hot Air Oven	01	236.00	7200.00
		2- Incubator	01		
		3- Centrifuge	01		
		4- Micropipetts (0.2-10 µl) (20-200 µl) (100-1000 µl)	01		
		5- Weight Scale	01		
		6- Mixer	01		

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ0ख0)

Part-A

Bill of Quantity

Selection will be Subject to Sample & Manufacturers mark must be present on each Item

S.N.	Medical Equipment	Required Specifications	Quantity
1	Bio safety cabinet class III	**Technical Specification** • Dimensions (Cabinet Size):4 to 6 feet, the interior of the Cabinet shall be of stainless steel and must be smooth to ensure no risk of cuts to the users & working area can be clean easily. • Efficiency of HEPA filter should be almost 99%. • The system should be microprocessor based. The microprocessor must be display the inflow and down flow air velocities in real time and an LED display to ensure the user knows whether or not the cabinet is working under safe operating conditions. • Motor must automatically adjust the air flow speed to ensure continuous safe working conditions. Air flow shall be as per requirements of Biosafety regulations. • Safety Alarm/Safety display for low air velocity, Faulty exhaust fan etc. • The cabinet must use a pressure sensor to detect pressure drop across the supply filter. The pressure sensor must be encased in order to protect the sensor from temperature, Humidity and other environmental phenomena that can impact the sensor's performance. • Fluorescent lamp for lighting of the interior of the cabinet. Front of the cabinet preferably be angled to help minimize glair. • A provision for UV light to disinfect the interior of the cabinet .UV light must be programmable to allow for specific exposure time from 0 to 24 hrs. Automatic UV switch "OFF"/'ON' opening of front window. The front window should be made of laminated safety glass to protect against leakage of UV rays and to ensure containment of potential hazardous material. • Power input to be 220-240V AC , 50 Hz fitted with Indian plug. **General Requirements** 1. User/Technical/Maintenance Manuals in English to be supplied. 2. List of important spare parts and accessories with their parts number and costing. 3. Certificate of calibration and inspection from factory.	01

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ०ख०)

Part-B

Bill of Quantity

Selection will be Subject to Sample & Manufacturers mark must be present on each Item

S.N.	Medical Equipment	Required Specifications	Quantity
1	Autocalave for Decontaminataion with Digital Display (vertical)	**Technical Specification** **Features**: Vertical Type: Inner Chamber and lid mad of stainless steel. Radial locking system, Pressure gauge thermometer, safety valve, pressure release valve, water level indicator, stainless steel basket, water outlet, main indicating lamp and paddle lifting device. Automatic low water cut-off device. 1. Diameter: 500mm X 300mm 2. Pressure: 1 to 2.5 Kg per sq.cm. 3. Temperature: 110^0C and 140^0 C adjustable in steps of 1^0 C, digital type thermometer with timer.(working temperature 121^0C) 4. Power supply: 230 +/- 10 Volts 50HZ. Single phase. 5. Surface treatment and power coating: All the mild steel section shall be degreased, derusted, phosphate power coated. 6. Standard: The apparatus should conform to IS 14345:1996 with latest amendments or equivalent international standards covering, making, safety requirements with recommendations of safe operations. **General Requirements** 1. User/Technical/Maintenance Manuals in English to be supplied. 2. List of important spare parts and accessories with their parts number and costing. 3. Certificate of calibration and inspection from factory.	01

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उत्तराखंड)

Part-C

Bill of Quantity

Selection will be Subject to Sample & Manufacturers mark must be present on each Item

S.N.	Medical Equipment	Required Specifications	Quantity
1	Deep freezer (-20 Degree C)	**Technical Specifications** 1. General : Vertical type with twin door and 200 Litre with minimum 2 adjustable stainless steel shelves. Capacity : 250 to 300 liters. Temperatirue – 20° Celsius Accuracy +/- 1 degree Celsius Must be able to perform at an ambient temperature of 40° Celsius, user friendly, non-CFC refrigerant. 2. Temperature Range : For recording temperature – Tolerance limit (-) 8° C to (-) 20° C. 3. Power supply : 230 +/- 10 Volts; 50Hz. Single Phase. 4. Voltage Stabilizer: Voltage regulator of appropriate rating to be included to cope with 160-260V Microprocessor control: digital display with battery backup and alarm signal (for voltage, overheat, overcool) should be there. **General Requirements** • User/Technical/Maintenance manuals in English to be supplied. • List of important spare parts and accessories with their parts number and costing • Certificate of calibration and inspection from factory.	01
2	Refrigerator Vertical 165 Liters	**Refrigerator** 1. Vertical Capacity 165 liter, frost free, CFC Free 2. Single Door , 220v, 50Hz **General Requirements** • User /technical /Maintenance manuals in English to be supplied. • List of important spare parts and accessories with their parts number and costing. • Certificate of calibration and inspection from factory.	01

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उत्तरा०)

Part-D

Bill of Quantity

Selection will be Subject to Sample & Manufacturers mark must be present on each Item

	Medical Equipment	Required Specifications	Quantity
1	Hot Air Oven	**MICRO PIPETTES** **0.2-10 ul** 1. Suitable for all brands of tips. 2. Adjustable for variable volume. 3. Offer high accuracy and precision. 4. With tip ejector mechanism 5. Made of corrosion proof material 6. Fully autoclavable at 121 ° C 7. Supplied with full documentation, warranties and certificate 8. Conformity certification 9. CE, ISO 9001, IS 13485 Marked or equivalent **General Requirements** • Warranty: : Two years warranty and thereafter five year comprehensive maintenance contract (CMC) • User/Technical/Maintenance manuals in English to be supplied. • List of important spare parts and accessories with their parts number and costing. • Certificate of calibration and inspection from factory. • Attach original manufacturer product catalogue and specifications sheet. • Satisfactory working of quoted model from institutes of repute.	01
2	Incubator	**Technical Specification** 1. Should be operated on 230v, 50 Hz single phase AC Supply , and having temperature ranging from ambient to 60 C 2. Should be double walled with stainless steel inner chamber having a minimum of two inner stainless steel shelves with holes and powder coated outer surface. 3. Inner chamber should be fabricated with ribs for adjusting shelves to convenient height. 4. Should have minimum of chamber size of (L*B*H) OF 450*450*450mm. 5. Should be provided with three side heating elements. 6. Should have air circulating Fan (Which can be turn ON/OFF on demand) For uniform Temperature on all shelves. 7. Should have double door with Acrylic transparent door. 8. Should provide with a microprocessor based digital temperature controller with digital display. 9. Should have synthetic rubber gasket at the door. **General Requirements** • User /technical /Maintenance manuals in English to be supplied. • List of important spare parts and accessories with their parts number and costing. • Certificate of calibration and inspection from factory.	01

3	Centrifuge	**Technical Specification** 1. Tube Capacity : No Size 24-36, 5-15ml. 2. RPM up To 6500-7000 (G) 3. Should have a digital timer. 4. Aerodynamic compact Construction for vibration free performance 5. Table Top version 6. Body should be made of strong fabricated steel and be corrosion resistant 7. Separate Control Panel –for start/stop switch, dynamic brakes, step less. 8. Speed regulator with zero start switch and speed indicator, timer and protective fuses. 9. Door interlock. 10. Appropriate voltage stabilizer with each unit (If recommended to be run with voltage stabilizer) **General Requirements** • User /technical /Maintenance manuals in English to be supplied. • List of important spare parts and accessories with their parts number and costing. • Certificate of calibration and inspection from factory.	01
4	Micropipetts (0.2-10 µl) (20-200 µl) (100-1000 µl)	**MICRO PIPETTES** 1. Suitable for all brands of tips. 2. Adjustable for variable volume. 3. Offer high accuracy and precision. 4. With tip ejector mechanism 5. Made of corrosion proof material 6. Fully autoclavable at 121 ° C 7. Supplied with full documentation, warranties and certificate 8. Conformity certification 9. CE, ISO 9001, IS 13485 Marked or equivalent **General Requirements** • Warranty: Two years warranty and thereafter five year comprehensive maintenance contract (CMC) • User/Technical/Maintenance manuals in English to be supplied. • List of important spare parts and accessories with their parts number and costing. • Certificate of calibration and inspection from factory. • Attach original manufacturer product catalogue and specifications sheet. • Satisfactory working of quoted model from institutes of repute.	01

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ०ख०)

5	Weight Scale	**Electronic Balance (Weighing Scale)** **Technical Specification** 1) Table Top Laboratory Balance 2) Weighing range : 0.01 -120g 3) Readability : 0.1 mg 4) Calibration : External 5) Display: LCD Display 6) Verification interval :0.001g 7) Pan size : 80-100 mm 8) Power Supply : 210-240 v/ 50-60 Hz **General Requirements** • User /technical /Maintenance manuals in English to be supplied. • List of important spare parts and accessories with their parts number and costing. • Certificate of calibration and inspection from factory.	01
6	Mixer	**Vortex Mixer** **Technical Specification** 1 Speed: 100 to 3000 rpm. 2 Power Supply: 220 -240 v, 50Hz 3 Cup Head size: 25mm X 22mm deep. **General Requirements** • User /technical /Maintenance manuals in English to be supplied. • List of important spare parts and accessories with their parts number and costing. • Certificate of calibration and inspection from factory.	01

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उत्तराखंड)

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ०ख०)

(1) निविदादाताओं हेतु निर्देश

1. जनपद, हरिद्वार में District Public Health Laboratory मेला चिकित्सालय हरिद्वार के प्रयोगार्थ अनुभवी, प्रतिष्ठित, आयकर / GST कर विभाग में पंजीकृत फर्मो / Company/ फर्म या उनके द्वारा अधिकृत प्रतिनिधियों से चिकित्सा उपकरण आदि की आपूर्ति हेतु टू–बिड सिस्टम (Two Bid System) के अन्तर्गत निविदायें आमन्त्रित की जाती है। Bill of Quantity मे दशाई गयी सामग्री पूर्णतया अनुमानित है एवं इसमे परिवर्तन (घटत–बढत) सम्भावित है किन्तु भुगतान वास्तविक आपूर्ति के आधार पर किया जायेगा। ऐसे परिवर्तनो से संबंधित निविदादाता का कोई भी दावा मान्य नही होगा ।
2. निविदादाताओं से अपेक्षा की जाती है कि निविदा प्रकिया तथा संलग्न करने संबंधी सभी प्रपत्रो के बारे मे समुचित जानकारी प्राप्त कर लें। उक्त के संबंध मे किसी भी प्रकार के स्पष्टीकरण के लिए मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार के कार्यालय से सम्पर्क कर सकते हैं।
3. निविदादाता को अपनी पूर्ण निविदा प्रथम को हस्ताक्षर सहित Tender time schedule (key dates) के अनुसार जमा करना होगा । जिन निविदादाताओं की निविदा नियत समय पर प्राप्त नही होगी , उनकी निविदा को स्वीकार नही किया जायेगा।
4. तकनीकी निविदा में सफल निविदादाताओं की ही वित्तीय निविदा खोली जायेगी। तकनीकी निविदा के मुल्यांकन के पश्चात अर्ह पाये जाने वाले निविदादाताओं की ही वित्तीय निविदा खोली जायेगी तथा सम्बन्धित को इसकी तिथि, समय, तथा स्थान की सूचना अलग से दी जायेगी।
5. मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार को किसी भी निविदा अथवा समस्त निविदाओं को बिना कारण बताये निरस्त करने का पूर्ण अधिकार होगा।
6. तकनीकी निविदा के साथ सम्बन्धित दस्तावेजो एवं वांछित अभिलेख निविदा के साथ स्वयं प्रमाणित कर अनिवार्य रूप से संलग्न करना होगा, धरोहर धनराशि मूल रूप से जमा करनी होगी।

(2) निविदा प्रपत्र भेजने की विधि

1. निविदा टू बिड (Two Bid System) के तहत प्रयेक पार्ट हेतु अलग–अलग आमंत्रित की जाती हैं।
2. निविदा प्रपत्र **www.haridwar.nic.in & www.cmoharidwar.org** पोर्टल से प्रत्येक पार्ट हेतु अलग–अलग डाउनलोड कर वांछित अभिलेखो सहित तकनीकी एवं वित्तीय निविदा अलग–अलग प्रत्येक लिफाफे पर तकनीकी एवं वित्तीय निविदा पार्ट स्पष्ट रूप से लिखना होगा, के साथ ही निविदा संख्या व निविदादाता फर्म का नाम अंकित कर निर्धारित तिथि व समय पर निविदा बॉक्स जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार के कक्ष में होगा, मे डालना होगा।
3. निविदा प्रत्येक भाग हेतु निर्धारित मुल्य का बैंक ड्रफ्ट जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार के नाम हो तकनीनी निविदा के साथ मूल रूप में अनिवार्य रूप से संलग्न करना होगा।

(3) निविदा की शर्तें एवं प्रतिबन्ध

1. निविदा की दरें निविदा तिथि से एक वर्ष के लिये आमंत्रित की गई हैं।
2. निविदा मे दर्शाई गयी प्रत्येक चिकित्सा उपकरणों की दरें सभी करों सहित दी जायें।
3. सशर्त, अपूर्ण, अहस्ताक्षरित, निर्दिष्ट शर्तो के विपरीत एवं निर्धारित तिथि व समय के उपरान्त प्राप्त निविदा स्वीकार नहीं की जायेगी। निविदादाता द्वारा दी गयी दरें एक वर्ष के लिए मान्य होंगी।
4. निविदादाता फर्म स्वयं निर्माता या उनके द्वारा अधिकृत आपूर्तिकर्ता /प्रतिनिधि हो का उधोग विभाग मे पंजीकृत होना आवश्यक होगा।
5. आपूर्तिकर्ता प्रतिष्ठित संस्थानों द्वारा उत्पादित उपकरणो की आपूर्ति तथा उपकरणो की गुणवत्ता के संबध मे काई समझौता नही किया जायगा। उपकरणों के तकनीकी स्पेसीफिकेशन के अनुसार ही आपूर्ति की जाये।
6. **चिकित्सा उपकरणों की आपूर्ति हेतु आई०एस०ओ० 9000 सिरिज अथवा आई०एस०आई० अथवा बी०आई०एस० का प्रमाण पत्र जिसमे सम्बन्धित उपकरण का स्पष्ट उल्लेख हो।**
7. **उपकरणों की दरे पार्ट–A,B,C-1,2, पार्ट–D,1,2,3,5,6 हेतु स्थापना तिथि से 03 वर्ष की वारंटी तथा 04 वर्ष की सी०एम०सी० (Comprehensive Maintenance Contract) सम्मलित होगी। तथा पार्ट –D,4 माईको पिपिट हेतु 02 वर्ष की वारंटी तथा 05 वर्ष की सी०एम०सी० (Comprehensive Maintenance Contract) सम्मलित होगी। सी०एम०सी० मे लैबर चार्ज , स्पेयर पार्टस का मूल्य भी सम्मलित किया जाये। जिसका भुगतान वारंटी सीमा समाप्त होने के पश्चात गुण दोष के आधार पर किया जायेगा।**
8. निविदादाता फर्म द्वारा आपूर्ति किये गये उपकरण के स्थापित व कियाशील होने पर संबंधित चिकित्सालय के सक्षम अधिकारी के द्वारा जारी प्रमाण पत्र प्राप्त होने के पश्चात भुगतान किया जायेगा।

9. प्रत्येक निविदादाता निविदा प्रपत्र के प्रत्येक पृष्ठ पर एवं इसके साथ दी गई शर्तों, निर्देश एवं प्रतिबन्ध को हस्ताक्षरित करेगा और अपना/अपनी फर्म का नाम व पता स्पष्ट रूप से अंकित करेगा। यदि निविदादाता फर्म/ कम्पनी है तो फर्म/ कम्पनी के गठन से सम्बन्धित अभिलेख उपलब्ध कराने होंगे।
10. प्रत्येक निविदादाता निविदा डालने से पूर्व आपूर्ति तय समय पर करने की सुनिश्चिता अवश्य कर ले। कार्य की प्रकृति, कार्य स्थल आदि का भलिभाति निरीक्षण कर लें।
11. निविदादाता को अपनी दरें अनिवार्य रूप से अंको व शब्दों में प्रति इकाई साफ–साफ उल्लिखित करनी होगी। फोर कटिंग मान्य नही होगी। अंको व शब्दों की धनराशि में यदि कोई अन्तर पाया जाता है तो न्यूनतम राशि को उल्लिखित दर के रूप में मान्य किया जायेगा।
12. उपकरणों के प्रयोग की अवधि/वारण्टी अवधि में होने वाली समस्त कमियों को दूर करने का दायित्व सम्बन्धित निविदादाता का होगा। इस हेतु निविदादाता को कोई अतिरिक्त भुगतान नहीं किया जायेगा।
13. जिस निविदादाता की दरें स्वीकार की जायेंगी उसे आदेश प्राप्ति के तीन सप्ताह (21 दिन) के अन्दर निर्धारित शुल्क के स्टाम्प पर अनुबन्ध करना होगा तथा जमानत की राशि जमा करके हस्ताक्षर करने होंगे। स्टाम्प शुल्क निविदादाता द्वारा वहन किया जायेगा। अनुबन्ध समय के अन्तर्गत जमा न करने पर धरोहर राशि जब्त कर ली जायेगी।
14. निविदादाता सामग्री की आपूर्ति केन्द्रीय औषधि भण्डार, हरिद्वार या जनपद के चिकित्सालयों में उनके मांगानुसार या मांगपत्रानुसार किसी भी निर्देशित चिकित्सालय में करनी होगी।
15. निविदादाता द्वारा आपूर्ति की जाने वाली सामग्री की गुणवत्ता का निर्णय करने का अधिकार मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार को होगा तथा इस सम्बन्ध में मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार का निर्णय अन्तिम होगा। किसी भी स्तर पर आपूर्तित सामग्री की गुणवत्ता में कमी पाये जाने पर नियमानुसार कार्यवाही की जायेगी। जिसमे जमाानत धनराशि जप्त करना, फर्म को ब्लैक लिस्टिड करने आदि की कार्यवाही भी की जा सकती है।
16. मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार द्वारा सामग्री की आपूर्ति हेतु रोड परमिट फर्म द्वारा मांगे जाने पर ही उपलब्ध करवाया जायेगा। अन्य किसी भी प्रकार का परमिट जारी करने के लिए विभाग बाध्य नही होगा।
17. केता का आपूर्तिकर्ता फर्म के निर्माण एवं विश्लेषण व्यवस्था का निरीक्षण कराये जाने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।
18. उपकरणो की गुणवत्ता खराब होने की स्थिति मे नया उपकरण निविदादाता को स्वयं के व्यय पर पुनः स्थापित करना होगा।
19. वित्तीय निविदा मे दर्शाये गये मैक माडल के अनुरूप ही आपूर्ति करनी होगी।
20. निविदा खुलने के पश्चात टैक्स ढांचे मे परिर्वतन यथा शासनादेश प्रभावी होगा।
21. निविदा के सम्बन्ध में ऐसा कोई प्रचार एवं किसी भी प्रकार का अवांछित दबाव जिससे निविदा की प्रकिया की निष्पक्षता पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता हो, निविदा निरस्त करने के लिये पर्याप्त होगा।
22. उत्तराखण्ड की लघु कुटीर उधोग/खादी/सूक्ष्म उद्यम को उनके द्वारा स्वयं निर्मित उपकरणों पर कय/मूल्य वरीयता 10 प्रतिशत (कर रहित दस प्रतिशत) से अधिक नही दी जा सकेगी। जिसमे समय–समय पर उद्योग विभाग द्वारा जारी शासनादेश के अधीन होगी ।
23. सामान्यतः निविदादाताओं को सामग्री आपूर्ति की व्यवस्था हतु 06 सप्ताह का समय दिया जाएगा। यदि निविदादाता द्वारा समय अवधि के अन्तर्गत सामग्री आपूर्ति नही की जाती है, तो उनके बिलो के कुल धनराशि का 0.5 प्रतिशत पेनल्टी के रूप में जो अधिकतम 10 प्रतिशत तक जा सकती है। अधिकतम 10 प्रतिशत की सीमा समाप्त होने पर केता को अनुबन्ध निरस्त करने का अधिकार होगा।
24. निविदा स्वीकृत कर लिए जाने के बाद यदि सम्बन्धित निविदादाता की आकस्मिक मृत्यु अथवा अन्यथा अक्षम हो जाने की परिस्थिति उत्पन्न होती है, तो उसके समस्त उत्तरदायित्वों का निर्वहन उक्त ठेकेदार के विधिक उत्तराधिकारी द्वारा किया जाएगा, तथा उन उत्तरदायित्वों के निर्वहन के फलस्वरूप देय समस्त भुगतान विधिक उत्तराधिकारी को किये जा सकेंगे।
25. यदि किसी भी समय ठेकेदार को अधिक भुगतान कर दिये जाने का प्रकरण प्रकाश में आता है तो अधिक भुगतानित धनराशि की वसूली उसकी जमानत राशि से या अन्य अभुगतानित बिलों से समायोजन के द्वारा अथवा उसकी अन्य परिसम्पत्तियों से कर ली जाएगी।
26. न्यूनतम दर की निविदा की स्वीकृति के उपरान्त भी यदि किसी स्तर पर उस निविदादाता (एल–1) द्वारा वस्तुओं की समय से/गुणवत्तायुक्त आपूर्ति नही किए जाने की स्थिति में (एल–2/एल–3 आदि) से एल–1 की दर पर वस्तुओं की आपूर्ति कराने/कार्यादेश देने को मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार सर्वथा सक्षम होगें।
27. जिस निविदादाता की निविदा स्वीकृत कर ली जायेगी और उसके आधार पर जिसे कार्यादेश निर्गत किया जायेगा उसे वह कार्य स्वयं करना होगा अर्थात् उसके द्वारा किसी अन्य व्यक्ति को कार्य कराने का उत्तरदायित्व प्रतिनिहित नही किया जा सकेगा।
28. निविदा के सम्बन्ध में किसी प्रकार के शंका समाधान हेतु किसी भी कार्य दिवस में कार्यालय, मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार में सम्पर्क किया जा सकता हैं।
29. मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार को किसी भी निविदा अथवा समस्त निविदाओं को बिना कारण बताये निरस्त करने का अधिकार होगा।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ०ख०)

9. प्रत्येक निविदादाता निविदा प्रपत्र के प्रत्येक पृष्ठ पर एवं इसके साथ दी गई शर्तों, निर्देश एवं प्रतिबन्ध को हस्ताक्षरित करेगा और अपना/अपनी फर्म का नाम व पता स्पष्ट रूप से अंकित करेगा। यदि निविदादाता फर्म/ कम्पनी है तो फर्म/ कम्पनी के गठन से सम्बन्धित अभिलेख उपलब्ध कराने होंगे।
10. प्रत्येक निविदादाता निविदा डालने से पूर्व आपूर्ति तय समय पर करने की सुनिश्चिता अवश्य कर ले। कार्य की प्रकृति, कार्य स्थल आदि का भलिभाति निरीक्षण कर लें।
11. निविदादाता को अपनी दरें अनिवार्य रूप से अंको व शब्दों में प्रति इकाई साफ–साफ उल्लिखित करनी होगी। फोर कटिंग मान्य नही होगी। अंको व शब्दों की धनराशि में यदि कोई अन्तर पाया जाता है तो न्यूनतम राशि को उल्लिखित दर के रूप में मान्य किया जायेगा।
12. उपकरणों के प्रयोग की अवधि/वारण्टी अवधि में होने वाली समस्त कमियों को दूर करने का दायित्व सम्बन्धित निविदादाता का होगा। इस हेतु निविदादाता को कोई अतिरिक्त भुगतान नहीं किया जायेगा।
13. जिस निविदादाता की दरें स्वीकार की जायेंगी उसे आदेश प्राप्ति के तीन सप्ताह (21 दिन) के अन्दर निर्धारित शुल्क के स्टाम्प पर अनुबन्ध करना होगा तथा जमानत की राशि जमा करके हस्ताक्षर करने होंगे। स्टाम्प शुल्क निविदादाता द्वारा वहन किया जायेगा। अनुबन्ध समय के अन्तर्गत जमा न करने पर धरोहर राशि जब्त कर ली जायेगी।
14. निविदादाता सामग्री की आपूर्ति केन्द्रीय औषधि भण्डार, हरिद्वार या जनपद के चिकित्सालयों में उनके मांगानुसार या मांगपत्रानुसार किसी भी निर्देशित चिकित्सालय में करनी होगी।
15. निविदादाता द्वारा आपूर्ति की जाने वाली सामग्री की गुणवत्ता का निर्णय करने का अधिकार मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार को होगा तथा इस सम्बन्ध में मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार का निर्णय अन्तिम होगा। किसी भी स्तर पर आपूर्तित सामग्री की गुणवत्ता में कमी पाये जाने पर नियमानुसार कार्यवाही की जायेगी। जिसमे जमानत धनराशि जप्त करना, फर्म को ब्लैक लिस्टिड करने आदि की कार्यवाही भी की जा सकती है।
16. मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार द्वारा सामग्री की आपूर्ति हेतु रोड परमिट फर्म द्वारा मांगे जाने पर ही उपलब्ध करवाया जायेगा। अन्य किसी भी प्रकार का परमिट जारी करने के लिए विभाग बाध्य नही होगा।
17. केता का आपूर्तिकर्ता फर्म के निर्माण एवं विश्लेषण व्यवस्था का निरीक्षण कराये जाने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।
18. उपकरणो की गुणवत्ता खराब होने की स्थिति मे नया उपकरण निविदादाता को स्वयं के व्यय पर पुनः स्थापित करना होगा।
19. वित्तीय निविदा मे दर्शाये गये मैक माडल के अनुरूप ही आपूर्ति करनी होगी।
20. निविदा खुलने के पश्चात टैक्स ढांचे मे परिवर्तन यथा शासनादेश प्रभावी होगा।
21. निविदा के सम्बन्ध में ऐसा कोई प्रचार एवं किसी भी प्रकार का अवांछित दबाव जिससे निविदा की प्रकिया की निष्पक्षता पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता हो, निविदा निरस्त करने के लिये पर्याप्त होगा।
22. उत्तराखण्ड की लघु कुटीर उधोग/खादी/सूक्ष्म उद्यम को उनके द्वारा स्वयं निर्मित उपकरणों पर कय/मूल्य वरीयता 10 प्रतिशत (कर रहित दस प्रतिशत) से अधिक नही दी जा सकेगी। जिसमे समय–समय पर उद्योग विभाग द्वारा जारी शासनादेश के अधीन होगी ।
23. सामान्यतः निविदादाताओं को सामग्री आपूर्ति की व्यवस्था हतु 06 सप्ताह का समय दिया जाएगा। यदि निविदादाता द्वारा समय अवधि के अन्तर्गत सामग्री आपूर्ति नही की जाती है, तो उनके बिलो के कुल धनराशि का 0.5 प्रतिशत पेनल्टी के रूप में जो अधिकतम 10 प्रतिशत तक जा सकती है। अधिकतम 10 प्रतिशत की सीमा समाप्त होने पर केता को अनुबन्ध निरस्त करने का अधिकार होगा।
24. निविदा स्वीकृत कर लिए जाने के बाद यदि सम्बन्धित निविदादाता की आकस्मिक मृत्यु अथवा अन्यथा अक्षम हो जाने की परिस्थिति उत्पन्न होती है, तो उसके समस्त उत्तरदायित्वों का निर्वहन उक्त ठेकेदार के विधिक उत्तराधिकारी द्वारा किया जाएगा, तथा उन उत्तरदायित्वों के निर्वहन के फलस्वरूप देय समस्त भुगतान विधिक उत्तराधिकारी को किये जा सकेंगे।
25. यदि किसी भी समय ठेकेदार को अधिक भुगतान कर दिये जाने का प्रकरण प्रकाश में आता है तो अधिक भुगतानित धनराशि की वसूली उसकी जमानत राशि से या अन्य अभुगतानित बिलों से समायोजन के द्वारा अथवा उसकी अन्य परिसम्पत्तियों से कर ली जाएगी।
26. न्यूनतम दर की निविदा की स्वीकृति के उपरान्त भी यदि किसी स्तर पर उस निविदादाता (एल–1) द्वारा वस्तुओं की समय से/गुणवत्तायुक्त आपूर्ति नही किए जाने की स्थिति में (एल–2/एल–3 आदि) से एल–1 की दर पर वस्तुओं की आपूर्ति कराने/कार्यादेश देने को मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार सर्वथा सक्षम होगें।
27. जिस निविदादाता की निविदा स्वीकृत कर ली जायेगी और उसके आधार पर जिसे कार्यादेश निर्गत किया जायेगा उसे वह कार्य स्वयं करना होगा अर्थात् उसके द्वारा किसी अन्य व्यक्ति को कार्य कराने का उत्तरदायित्व प्रतिनिहित नही किया जा सकेगा।
28. निविदा के सम्बन्ध में किसी प्रकार के शंका समाधान हेतु किसी भी कार्य दिवस में कार्यालय, मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार में सम्पर्क किया जा सकता हैं।
29. मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार को किसी भी निविदा अथवा समस्त निविदाओं को बिना कारण बताये निरस्त करने का अधिकार होगा।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ०ख०)

30. वित्तीय निविदा मे दरें भारतीय मुद्रा मे दी जायें।
31. निविदा हिन्दी भाषा मे स्वीकार की जायेगी। यथा स्थानों पर अंग्रेजी शब्द एवं अंकों का प्रयोग किया जा सकता है ।
32. निविदा प्राप्ति हेतु निर्धारित तिथि एवं समय के बाद निविदादाताओं को निविदा मे किसी भी प्रकार का परिवर्तन/संशोधन की अनुमति नही दी जायेगी।
33. उत्तराखण्ड मे स्थित सार्वजनिक उपकमों से उनके द्वारा उत्पादित किये गये चिकित्सा उपकरणों को कय किये जाने मे उत्तराखण्ड अधिप्राप्ति नियमावली 2017 के अनुसार मूल्य वरियता दी जायेगी।जिसका फर्म को प्रमाण पत्र प्रस्तुत करना होगा।
34. कय किये जाने वाले उपकरणों का कय किये जाने से पूर्व आवश्यकता होने पर डिमान्सट्रेशन भी देखा जायेगा। जो फर्मे तकनीकी बिड मे क्वालिफाई कर लेगी उनको प्रदर्शन मे भाग लेना अनिवार्य होगा। डिमान्स्ट्रेशन की तिथि एवं स्थान के संबंध मे अलग से अवगत कराया जायेगा।
35. निविदादाता जो एल–1 पर होगा को संबंधित उपकरण की स्थापना तथा वांरटी /गारंटी कार्ड उपलब्ध करावाना होगा, साथ ही सम्बन्धित स्टाफ को प्रशिक्षित भी करना होगा, उपकरण के केटेलाग मय डायग्राम उपलब्ध कराना होगा । इसके लिए विभाग द्वारा कोई भुगतान नही किया जायेगा।
36. इस निविदा के अर्न्तगत निविदादाता व विभिन्न विभागों के बीच मतभेद या विवाद, जनपद हरिद्वार, के न्यायालय में ही स्वीकार किये जायेगें अन्य नही।

(4) Earnest Money Deposit(E.M.D.) (निविदा प्रतिभूति)

1. प्रत्येक निविदा के साथ धरोहर राशि(अर्नेस्ट मनी) जो भारत के किसी शैडयूल बैंक द्वारा जारी एफ0डी0आर0/सी0डी0आर0/ डिमान्ड ड्राफ्ट/बैंकर्स चैक/ राष्ट्रीय बचत पत्र/ बैंक गारन्टी जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के पदनाम से तकनीकी निविदा के साथ संलग्न करनी होगी । जो कम से कम 225 दिनों हेतु बन्धक होगी को मूल रूप में निविदा के साथ संलग्न करना अनिवार्य होगा।
2. यदि निविदादाता निविदा जमा करने के पश्चात निविदा प्रकिया को छोडता है या निविदा की शर्तो का पालन करने में विफल रहता है तो धरोहर राशि जब्त कर ली जायेगी।
3. Unsucsees निविदादाओं की Bid E.M.D को टेण्डर की स्वीकृति उपरान्त वापस कर दी जायेगी । इस पर किसी भी प्रकार का ब्याज नही दिया जायेगा।
4. ई0एम0डी0 पर विभाग द्वारा कोई ब्याज देय नही होगा।

(5) Performance Security / (कार्यपूर्ति प्रतिभूति)

1. जिस निविदादाता की निविदा स्वीकार की जायेगी, उसे अनुमानित सामग्री मुल्य का 10 प्रतिशत कार्यपूर्ति प्रतिभूति जमानत के रूप में निम्न में से किसी एक रूप में अनुबन्ध हस्ताक्षर करने के समय जमा करनी होगी, जो भारत के किसी शैडयूल बैंक द्वारा जारी एफ0डी0आर0/ सी0डी0आर0/ डिमान्ड ड्राफ्ट/ बैंकर्स चैक/राष्ट्रीय बचत पत्र/ बैंक गारन्टी जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के पक्ष में देय हो एवं हरिद्वार स्थित किसी बैंक शाखा में भुगतान योग्य हो, जमा करना अनिवार्य होगा। जमानत राशि निविदा तिथि से तीन वर्ष तक वैध होनी चाहिये। यह धनराशि निर्धारित समय–सीमा के अन्तर्गत अनुबन्ध गठित न करने अथवा निविदा की शर्तो के अनुसार कार्य न करने पर जब्त कर ली जायेगी।
   जमानत धनराशि वारण्टी पूर्ण होने या ऑडिट होने तक, दोनों में से जो भी पहले हो, रोकी जायेगी। यदि ऑडिट में कोई वसूली ठेकेदार से इंगित की जाती है तो वह वसूली इस धनराशि से वसूल की जायेगी। यदि कोई वसूली शेष रहती है तो उसको ठेकेदार से भू–राजस्व के बकाये के रूप में वसूल किया जायेगा।
2. यदि निविदादाता आपूर्ति करने में अक्षम रहता है अथवा अनुबन्ध की शर्तो का उल्लघन करता है तो उसकी जमानत की धनराशि जब्त कर ली जायेगी और उसका ठेका निरस्त कर दिया जायेगा और वैकल्पिक व्यवस्था के कारण हुए अतिरिक्त व्यय की प्रतिपूर्ति निविदादाता द्वारा आपूर्ति की गई वस्तुओं के बिलों से कटौती करके की जायेगी। यदि उसके बिलों से भी प्रतिपूर्ति नहीं हो पाती है तो मुख्य चिकित्साधिकारी, हरिद्वार, उक्त प्रतिपूर्ति को भू–राजस्व के बकाये के रूप में वसूल करवाने को स्वतंत्र होंगे। मुख्य चिकित्सा अधिकारी का निर्णय इस सम्बन्ध में अन्तिम समझा जायेगा।
3. कार्यपूर्ति प्रतिभूति पर विभाग द्वारा कोई ब्याज देय नही होगा।

(6) Documentation Evidence

प्रत्येक निविदादाता को निम्नाकिंत दस्तावेजो को अनिवार्य रूप से तकनीकी निविदा प्रपत्र के साथ उपलब्ध करवाना होगा।

1. निर्माता फर्म का विगत 3 वित्तीय वर्षो का टर्नओवर रू0 01 करोड प्रतिवर्ष होना चाहिये, जो सी0ए0 द्वारा प्रमाणित बैलेंस शीट जो होल सेल प्राईज के आधार पर निर्धारित हो, को संलग्न करना होगा, के साथ ही सी0ए0 द्वारा प्रदत्त Profit & loss का प्रमाणित प्रमाण पत्र भी संलग्न करना अनिवार्य होगा, उत्तराखण्ड़ में स्थित प्रादेशित औधोगिक इकाईयां हेतु भी उक्त शर्त अनुमन्य होगी,।
2. निविदादाता/फर्म का विगत 03 वर्षो का उपकरण के निर्माण एवं विकय संबंधी अनुभव जो सी0ए0 द्वारा सत्यापित हो।

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ0ख0)

3. प्रत्येक भाग हेतु निर्धारित निविदा मुल्य रू0 236.00 मूल रूप में बैंक डाफ्ट जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार के नाम हो, को तकनीकी निविदा के साथ संलग्न करना होगा।
4. निविदादाता द्वारा उपरोक्त तीन वित्तीय वर्षो के टर्नओवर में सरकारी / अर्द्ध सरकारी विभागों / निगमों में किये गये कार्य के संबंध मे उस विभाग / निगम के सक्षम अधिकारी से प्राप्त कार्यपूर्ति प्रमाण–पत्र की स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करें।
5. धरोहर राशि (E.M.D) निविदा की कुल अनुमानित लागत का 03 प्रतिशत की दर से यथा पृष्ठ संख्या 2 में वर्णित सारणी के अनुरूप मूल रूप से संलगन करनी होगी।
6. प्रत्येक भाग हेतु निर्धारित धनराशि धरोहर धनराशि के रूप में जमा करना होगा।
7. निविदादाता का पैन कार्ड की सत्यापित प्रति।
8. VAT/ CST/GST प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति।
8. निविदादाता फर्म की स्थिति मे चिकित्सा उपकरण मैनुफैक्चरिंग लाईसेंस की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करना होगा जिसमे निविदा मे दर्शाये गये उपकरणों का उल्लेख हो।
9. Original Technical Manufacturer/ Technical grade निर्माता फर्म होने पर प्रमाण पत्र अथवा वितरक के माध्यम से आपूर्ति करने पर Authorization Certificate.
10. फर्म होने की दशा मे पार्टनर्शिप डीड सर्टिफिकेट / पावर आफ एटार्नी अथवा एक मात्र प्रोपराईटर होने की दशा मे इस आशय का रू0 100.00 के स्टाम्प पर शपथ पत्र
11. उपकरणों की आपूर्ति हेतु आई0एस0ओ0 9000 सिरिज अथवा आई0एस0आई0 अथवा बी0आई0एस0 प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति उपलब्ध करानी होगी। जिसमें उपकरण का स्पष्ट उल्लेख हो।
12. ब्लैक लिस्टेड / दण्डित न होने का रू0 100.00 के स्टाम्प पर शपथ पत्र।
13. विगत 03 वर्षो का आयकर क्लीयरिंग प्रमाण पत्र की सत्यापित छायाप्रति
14. विगत 03 वर्षो का सैल टैक्स क्लीयरिंग प्रमाण पत्र की सत्यापित छायाप्रति
15. निविदा के साथ रूपये 100–00 मूल्य के स्टाम्प पर रूपये 1.00 का राजस्व टिकट लगाकर निविदा दरों की वैधता के सम्बन्ध में शपथ पत्र हस्ताक्षर कर लगाना अनिवार्य होगा। जिसमे यह अवश्य उल्लेख होना चाहिए कि निविदा की किसी भी शर्त का उल्लघंन करने पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार द्वारा अग्रिम धनराशि जब्त कर ली जाये।
16. निविदादाता का संबंधित राज्य मे उद्योग विभाग मे पंजीकरण प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति।
17. निविदादाता द्वारा प्रस्तुत किये गये प्रपत्रो की वास्तविकता होने का प्रमाण पत्र
18. निविदादाता के स्वंय के पते का प्रमाण पत्र
19. निविदादाता का रिलेशन संबंधी प्रमाण पत्र
20. उपकरणों के कैटलाग, मेक, मॉडल का पूर्ण विवरण मूल रूप में निविदा के साथ संलग्न करना होगा।
21. उपकरणों की तीन वर्ष की लिखित वारंटी / गारण्टी, संलग्न करना होगा।

(7) Validity Of Bid / निविदा की वैधता

1. वित्तीय निविदायें खोले जाने की तिथि से 90 दिन की अवधि तक के लिये स्वीकृति हेतु वैध होंगी।

(8) कर (Tax) सम्बन्धी नियम

1. एक वर्ष की अवधि में लगने वाले किसी भी टैक्स से निविदादाता को कोई छूट नहीं दी जायेगी।
2. आयकर, व्यापार कर व इस पर सरचार्ज अथवा अन्य करों की कटौती निविदादाता के बिल से नियमानुसार की जायेगी।
3. ठेकेदार द्वारा आपूर्ति सामग्री की ढुलाई के लिए अलग से कोई भुगतान नही किया जायेगा।
4. अनुबन्ध निष्पादन के पश्चात् निविदादाता लिखित कार्यादेश प्राप्त होने पर निश्चित तिथि पर सामग्री की आपूर्ति करेगा।

(9) Mode Of Payment

सामान्यतः सामग्री प्राप्त होने के उपरान्त कार्यालय की औपचारिकताऐं पूर्ण करने के उपरान्त भुगतान किया जायेगा। विलम्ब की स्थिति मे इस पर किसी प्रकार का ब्याज देय नही होगा।

(10) वित्तीय निविदा–:

1. वित्तीय निविदा में दरें सभी करों(व्यापार कर, सेवा कर , GST/CMC एवं वारंटी इत्यादि), levies, duties तथा अन्य सभी प्रकार के चार्ज यथा ट्रांसपोर्टेशन, लोजिंग, बोडिंग, फर्म / ऐजन्सी के सभी प्रकार के व्यय आदि शामिल होंगे। Quoted Rates के अतिरिक्त विभाग द्वारा अन्य किसी प्रकार का व्यय भार स्वीकार नही किया जायेगा।
2. तकनीकी निविदा में सफल निविदादाताओं की ही वित्तीय बिड खोली जायेगी।

मैने / हमने इस निविदा से सम्बन्धित समस्त निविदा शर्तों को भली–भाँति पढ़ लिया है व इस तकनीकी निविदा के उपरोक्त **Documentation Evidence** के 01–21 बिन्दुओं के समर्थन में उल्लिखित सभी प्रमाण पत्रों एवं दस्तावेजो को संलग्न / अपलोड कर दिया गया है और हम इनका अनुपालन करने हेतु सहमत हैं।

निविदादाता के हस्ताक्षर

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ0ख0)

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ०ख०)

प्रपत्रों की वास्तविक होने का प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि अर्नेस्ट मनी (अग्रिम धरोहर धनराशि) एवं टेण्डर मूल्य की रसीद को छोडकर मेरे द्वारा .... पन्नों के आईता प्रपत्र संलग्न किये गये है। जो वास्तविक हैं । कोई भी प्रपत्र किसी भी स्तर पर असत्य पाये जाने पर निविदा शर्तो के अनुसार मेरे विरूद्ध कोई भी कार्यवाही की जायेगी । वह मुझे स्वीकार होगी ।

दिनांक ....

हस्ताक्षर..............................
नाम.....................................
पता.....................................
....

स्वंय के पते का प्रमाण पत्र

संविदा अवधि में मेरा पता निम्नानुसार रहेगा तथा इस पते पर भेजे गये समस्त पत्र चाहे मुझे प्राप्त हुए हो अथवा न प्राप्त हुए हो । मेरे लिए बाध्यकारी होंगें ।

दिनांक ....

हस्ताक्षर..............................
नाम.....................................
पता.....................................
....

रिलेशन प्रमाण पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि मेरा कोई भी सम्बन्धी मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के कार्यालय में कार्यरत नहीं है ।

दिनांक ....

हस्ताक्षर..............................
नाम.....................................
पता.....................................
....

निविदा संख्या पार्ट–A

वित्तीय निविदा
BILL OF QUANTIY
QUOTATION

निविदादाता का नाम...पुत्र श्री..

वास्ते मैसर्स...निवासी...

मैं/ हम इसके द्वारा जनपद हरिद्वार के अन्तर्गत चिकित्सा एवं स्वास्थ्य व्यवस्थाओं हेतु **चिकित्सा उपकरणों की आपूर्ति** को उत्तम गुणवत्ता एवं मानक के अनुरूप आपूर्ति करने के लिए निविदा निष्पादित करता हूँ/ करते है ।

मैंने/ हमने कार्य की लागत (निविदा मूल्य) का यथानिर्दिश्ट धनराशि रूपया .... मात्र जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के नाम प्लेज्ड (बन्धक) है NSC/ FDR /डिमाण्ड के रूप में संलग्न/अपलोड किया है ।

मैं/ हम निविदा स्वीकार कर लिये जाने पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार द्वारा उनके बुलाये जाने पर उनके द्वारा अनुबंध हेतु निर्धारित तिथि तक यदि कार्य/प्रारूप को संविदा/ अनुबंध को हस्ताक्षर/ निष्पादित करने में असमर्थ रहता /रहते हूँ/ हैं जिसका कि मैने / हमने निविदा में आहूत सूचना में विर्निदिष्ट समय के भीतर निरीक्षण किया था तो मेरे/ हमारे द्वारा अग्रिम धन को उत्तराखण्ड के राज्यपाल की ओर से मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार जब्त कर लेंगे ।

Schedule –A

PROFORMA OF SCHEDULE OF RATES

S No.	Name of Machine/ Equipment with full specification	Unit	Rate Per exclusive of all taxes and duties	VAT Excise SST/GST etc Taxes	Per Unit Price (In ₹) Inc. all Taxes with 3 year warranty	4 Year CMC after 3 Year Warranty Inc. all Taxes	Total Amount (In ₹) Inc. of all taxes & duties. F.O.R Destination	Make and Model
1	Bio safety cabinet class III							

दिनांक......................

निविदादाता के हस्ताक्षरः...
निविदादाता का नाम :...
स्थानीय पता / दूरभाष नं0:....................................

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ0ख0)

वित्तीय निविदा

BILL OF QUANTIY

QUOTATION

निविदादाता का नाम..पुत्र श्री..

वास्ते मैसर्स..निवासी...

मैं / हम इसके द्वारा जनपद हरिद्वार के अन्तर्गत चिकित्सा एवं स्वास्थ्य व्यवस्थाओं हेतु **चिकित्सा उपकरणों की आपूर्ति** को उत्तम गुणवत्ता एवं मानक के अनुरूप आपूर्ति करने के लिए निविदा निषापादित करता हूँ / करते है ।

मैंने / हमने कार्य की लागत (निविदा मूल्य) का यथानिर्दिश्ट धनराशि रूपया .... मात्र जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के नाम प्लेज्ड (बन्धक) है NSC/ FDR /डिमाण्ड के रूप में संलग्न/अपलोड किया है ।

मैं / हम निविदा स्वीकार कर लिये जाने पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार द्वारा उनके बुलाये जाने पर उनके द्वारा अनुबंध हेतु निर्धारित तिथि तक यदि कार्य/प्रारूप को संविदा/ अनुबंध को हस्ताक्षर/ निष्पादित करने में असमर्थ रहता /रहते हूँ/ हैं जिसका कि मैने / हमने निविदा में आहूत सूचना में विर्निदिष्ट समय के भीतर निरीक्षण किया था तो मेरे/ हमारे द्वारा अग्रिम धन को उत्तराखण्ड के राज्यपाल की ओर से मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार जब्त कर लेंगे ।

Schedule –A

PROFORMA OF SCHEDULE OF RATES

S No.	Name of Machine/ Equipment with full specification	Unit	Rate Per exclusive of all taxes and duties	VAT Excise SST/GST etc Taxes	Per Unit Price (In ₹) Inc. all Taxes with 3 year warranty	4 Year CMC after 3 Year Warranty Inc. all Taxes	Total Amount (In ₹) Inc. of all taxes & duties. F.O.R Destination	Make and Model
1	Autocalave for Decontaminataion with Digital Display (vertical)							

दिनांक ....

निविदादाता के हस्ताक्षरः..
निविदादाता का नाम :..
स्थानीय पता / दूरभाष नं0:...................................

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ0ख0)

निविदा संख्या पार्ट–C

वित्तीय निविदा

BILL OF QUANTIY

QUOTATION

निविदादाता का नाम...पुत्र श्री...

वास्ते मैसर्स...निवासी...

मैं/ हम इसके द्वारा जनपद हरिद्वार के अन्तर्गत चिकित्सा एवं स्वास्थ्य व्यवस्थाओं हेतु **चिकित्सा उपकरणों की आपूर्ति** को उत्तम गुणवत्ता एवं मानक के अनुरूप आपूर्ति करने के लिए निविदा निष्पादित करता हूँ/ करते है ।

मैंने/ हमने कार्य की लागत (निविदा मूल्य) का यथानिर्दिश्ट धनराशि रूपया .... मात्र जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के नाम प्लेज्ड (बन्धक) है NSC/ FDR /डिमाण्ड के रूप में संलग्न/अपलोड किया है ।

मैं/ हम निविदा स्वीकार कर लिये जाने पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार द्वारा उनके बुलाये जाने पर उनके द्वारा अनुबंध हेतु निधारित तिथि तक यदि कार्य/प्रारूप को संविदा/ अनुबंध को हस्ताक्षर/ निष्पादित करने में असमर्थ रहता /रहते हूँ/ हैं जिसका कि मैने / हमने निविदा में आहूत सूचना में विर्निदिष्ट समय के भीतर निरीक्षण किया था तो मेरे/ हमारे द्वारा अग्रिम धन को उत्तराखण्ड के राज्यपाल की ओर से मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार जब्त कर लेंगे ।

Schedule –A

PROFORMA OF SCHEDULE OF RATES

S No.	Name of Machine/ Equipment with full specification	Unit	Rate Per exclusive of all taxes and duties	VAT Excise SST/GST etc Taxes	Per Unit Price (In ₹) Inc. all Taxes with 3 year warranty	4 Year CMC after 3 Year Warranty Inc. all Taxes	Total Amount (In ₹) Inc. of all taxes & duties. F.O.R Destination	Make and Model
1	1-Deep freezer (-20 Degree C)							
2	2- Refrigerator Vertical 165 Liters							

दिनांक ....

निविदादाता के हस्ताक्षरः...
निविदादाता का नाम :...
स्थानीय पता / दूरभाष नं0:.......................................

Kumar
मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ0ख0)

निविदा संख्या पार्ट–D

वित्तीय निविदा

BILL OF QUANTIY
QUOTATION

निविदादाता का नाम...पुत्र श्री..

वास्ते मैसर्स..निवासी...

मैं / हम इसके द्वारा जनपद हरिद्वार के अन्तर्गत चिकित्सा एवं स्वास्थ्य व्यवस्थाओं हेतु **चिकित्सा उपकरणों की आपूर्ति** को उत्तम गुणवत्ता एवं मानक के अनुरूप आपूर्ति करने के लिए निविदा निष्पादित करता हूँ / करते है ।

मैंने / हमने कार्य की लागत (निविदा मूल्य) का यथानिर्दिश्ट धनराशि रूपया .... मात्र जो मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार के नाम प्लेज्ड (बन्धक) है NSC/ FDR /डिमाण्ड के रूप में संलग्न/अपलोड किया है ।

मैं / हम निविदा स्वीकार कर लिये जाने पर मुख्य चिकित्सा अधिकारी हरिद्वार द्वारा उनके बुलाये जाने पर उनके द्वारा अनुबंध हेतु निर्धारित तिथि तक यदि कार्य/प्रारूप को संविदा/ अनुबंध को हस्ताक्षर/ निष्पादित करने में असमर्थ रहता /रहते हूँ/ हैं जिसका कि मैने / हमने निविदा में आहूत सूचना में विर्निदिष्ट समय के भीतर निरीक्षण किया था तो मेरे/ हमारे द्वारा अग्रिम धन को उत्तराखण्ड के राज्यपाल की ओर से मुख्य चिकित्सा अधिकारी, हरिद्वार जब्त कर लेंगे ।

Schedule –A

PROFORMA OF SCHEDULE OF RATES

S No.	Name of Machine/ Equipment with full specification	Unit	Rate Per exclusive of all taxes and duties	VAT Excise SST/GST etc Taxes	Per Unit Price (In ₹) Inc. all Taxes with 3 year warranty	4 Year CMC after 3 Year Warranty Inc. all Taxes	Total Amount (In ₹) Inc. of all taxes & duties. F.O.R Destination	Make and Model
1	Hot Air Oven							
2	Incubator							
3	Centrifuge							
4	Micropipetts (0.2-10 µl) (20-200 µl) (100-1000 µl)							
5	Weight Scale							
6	Mixer							

दिनांक ....

निविदादाता के हस्ताक्षरः..
निविदादाता का नाम :..
स्थानीय पता / दूरभाष नं0:...................................

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ0रा0)

चैक लिस्ट

क्र 0स0	विवरण	पृष्ठ स0
1	निविदा प्रपत्र मूल रूप में।	
2	स्टॉक की स्थिति योग्यता, क्षमता, का तथ्यगत आधार प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा।	
3	अनुभव प्रमाण प्रत्र।	
4	विगत तीन वर्षो का टर्न ओवर ₹ एक करोड प्रतिवर्ष सी0ए0 द्वारा प्रमाणित बैलेसं सीट (होल सेल प्राईज के आधार पर निर्धारित हो)	
5	धरोहर धनराशि निविदा के पृष्ठ संख्या 02 में वर्णित सारणी के अनुसार मूल रूप में।	
6	सरकारी /अर्ध सरकारी /निगमों मे किये गये कार्यो का विगत तीन वर्षो का अनूभव प्रमाण पत्र	
7	आयकर विभाग में वैध पंजीकरण प्रमाण–पत्र/पैन न0	
8	व्यापार कर विभाग में वैध पंजीकरण प्रमाण–पत्र (टिन न0)/ GST No	
9	फर्म कि स्थिति में चिकित्सा उपकरण में मेनुफैक्चरिंग लाईसेन्स की सत्यापित छाया प्रति,	
10	स्टोकेस्ट फर्म की स्थिति मे अधीकृत स्टोकेस्ट प्रमाण पत्र की सत्यापित छायाप्रति संलग्न करनी होगी।	
11	आई0एस0ओ0 9000 सिरिज अथवा आई0एस0आई0 अथवा बी0आई0एस0 प्रमाण पत्र की सत्यापित प्रति	
12	उपकरण की तीन वर्ष की लिखित वारंटी/गारण्टी,	
13	फर्म होने की दिशा में पार्टनरशिप डिड/पॉवरआफअर्टार्नी/एक मात्र प्रोपाईटर होने की दशा में इस आशय का ₹ 100 (स्टाम्प पेपर पर) का शपथ पत्र नोटरी द्वारा प्रमाणित	
14	ब्लैक लिस्टेड/ दण्डित न होने का शपथ पत्र ₹ 100 (स्टाम्प पेपर पर)	
15	विगत तीन वर्षो का आयकर क्लीयरेन्स प्रमाण पत्र	
16	विगत तीन वर्षो का व्यापार कर का क्लीयरेन्स प्रमाण पत्र	
17	निविदा के साथ ₹ 100.00 मूल्य के स्टाम्प पेपर ₹ 1.00 का राजस्व टिकट लगाकर दरो की वैधता का शपथ पत्र	
18	निविदा दाता का सम्बधिंत राज्य के उधोग विभाग मे पंजीकरण प्रमाण पत्र की छाया प्रति	
19	Originl Techanical Manufacture/ Techanical Grade निर्माता फर्म होने का प्रमाण पत्र अथवा वितरक के माध्यम से आपूर्ति करने पर Authorization certificate	
20	प्रमाणों का वास्तविक होने का प्रमाण पत्र	
21	स्वंय पते का प्रमाण पत्र	
22	रिलेशन संबधी प्रमाण पत्र	
23	निविदा दाता के फर्म का विगत तीन वर्ष का उपकरण निर्माण एंव विक्रय प्रमाण पत्र जो सी0ए0 के द्वारा सत्यापित हो।	

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ0ख0)

MANUFACTURERS' AUTHORIZATION FORM

(From the Original Medicine Manufacturer)

Dated-.............

To

Chief Medical Officer
Haridwar Uttarakhand

Dear Sir/Madam:

Bid Reference No. We who are established and reputable manufacturers of .... *(Name and description of goods offered)* having factories at (*address of factory)* do hereby Authorize

M/s *(Name and address of Agent)* to submit a bid, and sign the contract with you for the goods manufactured by us against the above Bid Ref. No................

No company or firm or individual other than M/s are authorized to bid, and conclude the contract for the above goods manufactured by us, against this specific Tender.

We hereby extend our full responsibility for the bid document of the General Conditions of Contract and the Special Conditions of Contract for the goods and services offered for supply by the above firm against this Tender.

Yours faithfully,

(Name)

(Name of manufacturers)

Note: This letter of authority should be on the letterhead of the manufacturer with full address, phone number, email, and website address, and should be signed by a person competent and having the power of attorney to legally bind the manufacturer. It should be included by the Bidder in its bid.

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उत्तरा०)

CONTRACT FORM

On Rs. 100 Stamp Paper

Notarized

THIS AGREEMENT made the ....day of................................., 20... Between.......................... *(Name of purchaser)* of............. *(Country of Purchaser)* (Here in after called "the Purchaser") of the one part and..................... *(Name of Supplier)* of......................... *(City and Country of Supplier)* (Hereinafter called "the Supplier") of the other part:

WHEREAS the Purchaser is desirous that certain Medicine and ancillary services viz.,.. ***(Brief Description of Medicine and Services)*** *and* has accepted a bid by the Supplier for the supply of those medicine and services in the sum of............................. *(Contract Price in Words and Figures)* (Here in after called "the Contract Price").

NOW THIS AGREEMENT WITNESSETH AS FOLLOWS:

1. In this Agreement words and expressions shall have the same meanings as are respectively assigned to them in the Conditions of Contract referred to.
2. The following documents shall be deemed to form and be read and construed as part of this Agreement, viz.:
   (a) The Bid Form and the Price Schedule submitted by the Bidder;
   (b) The Schedule of Requirements;
   (c) The Technical Specifications;
   (d) The General Conditions of Contract and restrictions;
   (e) **The Special Conditions of Contract; and**
   (f) The Purchaser's Notification of Award.
3. In consideration of the payments to be made by the Purchaser to the Supplier as here in after mentioned, the Supplier hereby covenants with the Purchaser to provide the medicine and services and to remedy defects therein in conformity in all respects with the provisions of the Contract.
4. The Purchaser hereby covenants to pay the Supplier in consideration of the provision of the medicine and services and the remedying of defects therein, the Contract Price or such other sum as may become payable under the provisions of the Contract at the times and in the manner prescribed by the Contract.

   Brief particulars of the medicine and services which shall be supplied/provided by the Supplier are as under:

SL. NO. OF MEDICINE & SERVICES	BRIEF DESCRIPTION	QUANTITY TO BE SUPPLIED	UNIT PRICE	TOTAL PRICE	DELIVERY TERMS

TOTAL VALUE:

DELIVERY SCHEDULE:

IN WITNESS whereof the parties hereto have caused this Agreement to be executed in accordance with their respective laws the day and year first above written.

Signed, Sealed and Delivered by the
Said.. (For the Purchaser)
In the presence of:

Kumar
मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ०ख०)

Consignee's Acceptance Certificate

(To be given by consignee's authorized representative)
The following stores have been received in good condition & Satisfactorily Supplied.

1. Name of item supplied :
2. Product No. :
3. Name of Supplier/ Manufacturer :

3. No. of Units supplied :

4. Place of destination :

5. Name and address of consignee Along with Tel. No. & Fax No. :

6. Date of Receipt by Consignee :

7. Signature of Authorized Representative Of Consignee with date :

9. Name & Designation of the authorized Representative :

10. Seal of consignee

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
हरिद्वार (उ०ख०)