

निविदा सूचना (Tender Notice)

सहाय्यक संचालक, आरोग्य सेवा, कुष्ठरोग कार्यालय, जळगाव

दिनांक : ११/११/२०२५

विषय : LCDC २०२५-२६ मोहिमेसाठी आवश्यक प्रसिद्धी साहित्य बॅनर व हस्तपत्रके छपाई करण्यासाठी स्थानिक

वाजारपेठेतून निविदा मागविण्याबाबत.

या सहाय्यक संचालक, आरोग्य सेवा (कुष्ठरोग कार्यक्रमा) पुणे यांचे मार्गदर्शनानुसार LCDC २०२५-२६ मोहिमेसाठी आवश्यक असलेल्या विविध प्रसिद्धी साहित्य बॅनर व हस्तपत्रके छपाई करायची आहे. त्यासाठी स्थानिक वाजारपेठेतून स्पर्धात्मक निविदा (Sealed Quotations) मागविण्यात येत आहेत.

हस्तपत्रके मुदतपालनाची खालील अटीच्या अधीन राहून आपली निविदा दिनांक ११/११/२०२५ रोजी दुपारी २.०० वाजेपर्यंत खाली दिलेल्या पत्त्यावर सादर करावी.

आवश्यक छपाई साहित्य यादी

अ.क्र.	साहित्याचे नाव	अंदाजे प्रमाण
१	बॅनर-४x३ फुट	५००
२	हस्तपत्रके ५x८ इंच	२००००

कागद व छपाई सेदर्भात अटी :

१. बॅनर-४x३ फुट/ हस्तपत्रके ५x८ इंच छापलेले असावेत.
२. कागद/साहित्य प्रकार: स्टार फ्लेक्स / इको-सॉल्व्हेंट प्रिंट / रेनप्रूफ क्वालिटी असावी.
३. मुद्रण स्पष्ट, स्वच्छ व दोन्ही बाजूंनी समतोल असावे.
४. छपाई नमुना (Proof) अंतिम मंजुरीपूर्वी कार्यालयात सादर करावा.

सामान्य अटी :

१. निविदेमध्ये दर GST सहित नमूद करावा.
२. अपूर्ण अथवा मुदतीनंतर आलेल्या निविदा ग्राह्य धरण्यात येणार नाहीत.
३. निविदा लिफाफ्यावर स्पष्टपणे नमूद करावे - "LCDC २०२५-२६ प्रसिद्धी साहित्य बॅनर व हस्तपत्रके"
४. कार्यालयास निविदा पूर्ण वा अंशतः स्वीकारण्याचा/नाकारण्याचा संपूर्ण अधिकार राहील.
५. अधिक माहितीकरिता कार्यालयाशी संपर्क साधावा.

संपर्क पत्ता :

सहाय्यक संचालक, आरोग्य सेवा, कुष्ठरोग कार्यालय, जळगाव

दूरध्वनी : 0257-2239237

ईमेल : adhs_lepjalgaon@rediffmail.com

आपला नम्र,
(सहाय्यक संचालक)
Assit. Director of Health
Services (Leprosy) Jalgaon
आरोग्य सेवा, कुष्ठरोग कार्यालय, जळगाव

www.zpjalgaon.gov.in
Official Website of Zilla Parishad, Jalgaon

Date: / /20

Department Name:

Information Type: ☐ Notice ☐ Recruitment ☐ Tender ☐ Other (✓ on correct option)

If other (mention type):

Specify Exact Information Link: (Same link will be displayed on site)

English:

Marathi:

Publication Period:

From Date: / / To Date: / /

Description about Information (In short):

Head of Office:

Name & Designation:

Landline No: ----- Mobile No: -----

Email Id:

Information Submitted by:

Name & Designation:

Mobile No:

- Attachments: 1. Authority signed letter with one information copy.
2. Soft copy of information in CD or Pen-drive.

CERTIFICATE FOR UPLOADING THE CONTENTS

This is to certify that, the information submitted for uploading on the district website has been verified by this office and it complies IT Act 2000 and Aadhar Act 2016 (office memorandum No.10(36)/2015-EG-II(Vol-V) dated 25-3-2017 of MEIT, GOI) and also the information submitted for uploading on the district web site has been verified by this office and it is found correct. Hence, it can be uploaded on the website www.zpjalgaon.gov.in.


Signature
Assit. Director of Health
Services (Department) Jalgaon

Note: All above fields are mandatory. If any field is blank then form will not be accepted. The information must be provided in Soft Copy in PDF Format.
If there will be any technical issue from server side, the Information submitted by you will not be uploaded.

As per the certificate of the correctness of the contents submitted by the respective office, this may be uploaded on district website www.zpjalgaon.gov.in

Signature
District Website Administrator
Zilla Parishad, Jalgaon