



**महाराष्ट्र शासन
कार्यालय जिल्हा शल्यचिकित्सक, छत्रपती संभाजीनगर.**

**यंत्र सामुग्री व उपकरणे भांडार,
विमान तळा समोर, चिकलठाणा, छत्रपती संभाजीनगर.**

Email ID: - csaurangabad.storeie@gmail.com

Quotations No. 02 Purchase of Linen

क्रमांक: - जिशचि औबाद/ यं.भांडार/2025-26/ १८९०

दिनांक: -

9 JUN 2025

दरपत्रक सादर करण्याचा कालावधी

तपशील	कालावधी
दरपत्रक सादर करण्याचा कालावधी :-	दिनांक: - 20/06/2025 ते दिनांक: - 26/06/2025 रोजी 17.45 वाजेपर्यंत.
दरपत्रके उघडण्याचा दिनांक व वेळ :-	दिनांक: - 27/06/2025 रोजी 14.00 वाजता.

जिल्हा शल्यचिकित्सक जिल्हा रुग्णालय छत्रपती संभाजीनगर करीता खालील सामुग्री खरेदी करावयाची आहे तरी इच्छुक पुरवठादाराकडून विहीत नमुन्यात दरपत्रके मागवित आहे.

Sr. No.	Name of Item	Description/Specification	Quantity
1	Circular (ICU) Type Curtain	Running Track Patti Made up of Powder Coated Aluminum Rod 1" (Assembled) Curtain Set Fabric – Polyester with 18" net (ICU Curtain Type)	27 Bed
2	Mattress Foam	Foam Mattress 4 inch:- 1" 40 den foam + 3" Bond Foam with rexin cover on both side. Should be in 1fold for Fowler Bed Size:- 36 " X 78 " (Inch)	10 Nos.

उपरोक्त नमुद केलेल्या बाबी च्या संख्ये मध्ये कार्यक्रमाच्या आवश्यकते नुसार कमी अथवा जास्त करण्याचा, तसेच कोणतेही दरपत्रक मान्य करणे अथवा कोणतेही कारण न देता अमान्य करण्याचा अधिकार निम्न स्वाक्षरीतांनी राखून ठेवलेला आहे.


(डॉ. के. एम. मुदखेकर)

जिल्हा शल्यचिकित्सक
जिल्हा रुग्णालय, छत्रपती संभाजीनगर

दिनांक:-

स्थळ :- छत्रपती संभाजीनगर.

दरपत्रकाच्या अटी व शर्ती: -

- 1) इच्छुक पुरवठादारांनी उपरोक्त बाबींचे दर सर्व करांसहीत नमुद करावे. जीएसटी, वाहतुक, व इतर खर्च या सर्व बाबींचा अंतर्भाव दरांमध्ये असावा (Rate should be inclusive all charges) हा खर्च वेगळा नमुद करू नये.
- 2) सदर दरपत्रके दिनांक: 20/06/2025 ते दिनांक: 26/06/2025 या कालावधीत कार्यालयीन वेळेत सकाळी 9.45 ते 18.15 या वेळेत स्विकारले जातील. दरपत्रके स्वीकारण्याची अंतीम मुदत दिनांक: 26/06/2025 रोजी वेळ 17.45 वाजे पर्यंत राहिल.
- 3) दर पत्रक सादर करण्याच्या शेवट तारखे आगोदर नमुद केलेले सामुग्री कार्यान्वीत करण्यासाठी Site Survey करून त्या साठी लागणारे किरकोड साहित्य (जसे Rod, Screw, Channel, Elbow इत्यादी खर्च) याचा अंतरभाव करून दरपत्रक सादर करावा. तसेच नमुद बाबींचे नमुने (Sample) सोबत सादर करावे.
- 4) सदरील कार्य हे महिलांच्या वार्डात करावयाच्या असल्याने Site Survey करण्यापूर्वी अतिरिक्त जिल्हा शल्यचिकित्सक यांची पुर्व परवानगी घेणे अनिवार्य आहे. सोबत दिलेल्या नमुन्यात (Annexure-I) मध्ये Site Survey Report दरपत्रका सोबत सादर करावा. Site Survey Report शिवाय आपले दरपत्रक गृहाय राहणार नाही याची नोंद घ्यावी.
- 5) दरपत्रका मध्ये नमुद केलेले दर बाजारभावा पेक्षा जास्त असू नये. दरपत्रकात नमूद केलेले दर अवास्तव असल्यास वाटाघाटीने दर निश्चित करण्याचा अधिकार स्वाक्षरीतांना आहे.
- 6) पुरवठा केलेल्या साहित्य योग्य दर्जाचे नसल्याचे निदर्शनास आल्यास देयकाची रक्कम अदा करण्यात येणार नाही, पुरवठा करावयाच्या बाबींची वॉरंटी किमान दोन वर्ष (12 महिने) राहिल.
- 7) खरेदी प्राधीकाऱ्यासोबत हितसंबंधा बाबत संघर्ष नसल्याबाबतचे हमीपत्र दरपत्रका सोबत सादर करणे बंधनकारक आहे.
- 8) दरपत्रकात नमुद केलेले दर दरपत्रके मान्य झालेले दिनांका पासून सहा महिन्यांच्या कालावधी साठी वैध राहतील. आवश्यकते नुसार परत आदेश आणि पुनर्प्रत्ययी आदेश Repeat Order देण्यात येतील.
- 9) कोणत्याही बाबींसाठी आगाऊ रक्कम दिली जाणार नाही.
- 10) पुरवठादाराने स्वतःच्या वेगळ्या अटी व शर्ती नमुद करू नये असे केल्यास दरपत्रक बाद ठरविले जाईल.
- 11) दरपत्रकात नमुद केलेल्या बाबी च्या संख्ये मध्ये कार्यक्रमाच्या आवश्यकते नुसार कमी अथवा जास्त करण्याचा, तसेच कोणतीही दरपत्रक मान्य करणे अथवा कोणतेही कारण न देता अमान्य करण्याचा अधिकार निम्न स्वाक्षरीतांनी राखून ठेवलेला आहे.
- 12) ज्या यशस्वी पुरवठादाराने दर स्वीकृत होतील त्यांना पुरवठा आदेशाच्या एकुण 3% रक्कम सुरक्षा ठेव रक्कम (Security Deposit) Nationalized or schedule Bank चे Demand Draft स्वरूपात Civil Surgeon, District Hospital, Chhtrapati Sambhajanagar. या नावाने payable at Chhtrapati Shambhajanagar देय राहिल. पुरवठादाराने विहित कालावधीत पुरवठा न केल्यास, समाधानकारक सेवा, सुविधा न पुरविल्यास ही रक्कम Warranty कालावधी संपल्यानंतर परत देय राहिल. निविदाकाराने पुरवठा कालावधीत रुग्णालयाचे काही नुकसान केले असेल अथवा काही दंडनीय रक्कम वसूल करावयाची असेल तर ती रक्कम सुरक्षा ठेव मधुन कोणतीही पुर्व सुचना न देता वसूल केली जाईल.
- 13) दरपत्रक सादर करणाऱ्या पुरवठादाराने दर स्विकृत करण्यासाठी कोणत्याही पध्दतीने दबावतंत्राचा वापर केल्याचे निदर्शनास आल्यास कोणतीही पुर्नसुचना न देता दरपत्रक नाकारण्यात येईल.
- 14) खालील स्वयंसाक्षात्कृत केलेल्या प्रमाणपत्रांच्या प्रती दरपत्रका सोबत सादर कराव्यात.
 1. Valid Shop & Establishment Act License/MSME.
 2. Pan Card.
 3. GST Certificate.
 4. Bank Details for RTGS/NEFT (सोबत नमुना दिलेला आहे).
 5. खरेदी प्राधीकाऱ्या सोबत हितसंबंधाबाबत संघर्ष नसल्या बाबतचे हमीपत्र.(सोबत नमुना दिलेला आहे.)
 6. Quotation of Rate दरपत्रक (सोबत नमुना दिलेला आहे.)

उपरोक्त नमुद केलेल्या अटी व शर्ती मला मान्य आहेत त्यानुसार मी दरपत्रक सादर करीत आहे.

दिनांक :-
स्थळ :-

दरपत्रक सादर कर्त्याची स्वाक्षरी व शिक्का

o/c 

Details of Bank for RTGS/NEFT Payment

1	Name of firm	
2	Postal Address	
3	Pin code	
4	Pan Card No.	1
5	E-Mail I.D.	
6	Contact No.	
7	Mobile No.	
8	Name of Bank	
9	Bank Address	
10	Branch name & Code	
11	Bank Account No.	
12	Nature of Account	
13	IFSC Code	
14	MICR Code	

Above information is correct as per our record.

Date:

Seal:

Sign & Stamp of Bidder

दिनांक:-
स्थान:-

निविदाकाराची स्वाक्षरी

महाराष्ट्र शासन, उद्योग उर्जा व कामगार विभाग
शासन निर्णय क्र. भांखस-२०१४/प्र.क्र.८२/भाग-११/उद्योग-४, दिनांक ०१ डिसेंबर २०१६.
नियम क्र.४:२:५ नुसार.

मी / आम्ही _____ या हे मनीषाबाबारे

लिहून देतो की, दरपत्रक मनाविल्याच्या खरेदी प्राधिकार्या बरोबर कोणत्याही प्रकारे हितसंबंध नसून हितसंबंधाबाबत संघर्ष नाही. तसेच खरेदी प्राधिकार्याकडे सादर करण्यात आलेले दरपत्रक हे एकल असून दुसऱ्या कोणत्याही संस्थे सोबत संयुक्तरीत्या किंवा संगनमताने साखळी करून भरलेले नाही, असे आढळून आल्यास नियमानुसार योग्य त्या दंडात्मक कार्यवाहीसाठी मी पात्र राहील.

निविदाकाराने सादर करावयाचे मनीषा

Format for Quotation

(Supplier should Submit Sealed quotation on her/his own letter pad)

Date-

**To,
Civil Surgeon,
District Hospital,
Chhatrapati Sambhajinagar.**

Sub: - Submission of Quotations

Ref: - Your Office Notice Dated / /

Respected Sir,

As per above reference, I/we are herewith submitting quotation for the supply of following Medicine / items.

Sr. No.	Name of Item	Rate per Unit
01	Circular (ICU) Type Curtain (Cost Per running feet)	
02	Mattress Foam (Cost of Each mattress)	

Note: - Rates are inclusive of all Taxes, Store delivery basis.

Certificate

I under signed hereby certified that, above rates are not exceed than MRP or current market Rates. I accept all terms & Conditions without any complaint. Submitted all information & Documents are true. I am responsible for any fraudulent submission & liable to any punishment.

Sign & Stamp of Bidder.

(Supplier should Submit Sealed quotation on her/his own letter pad)

Annexure -1
Site survey report.

Declaration

I/We _____ Authorized person of the
firm _____

Hereby declare that I /We personal/physically visited the site in the presence of
Mr/Mrs. _____ (authority) and I Understood
all the detailed work mentioned in the quotation specifications.

1) Authority.

Authority sign with stamp and designation _____

Note: Bidders are advised to before submit this annexure -1, physically visit the site and
take a stamp and signature of the Authority.

Date:

Place:

Authorized Person
Company sign and stamp