



महाराष्ट्र शासन

जिल्हा शासकिय रुग्णालय, नाशिक.

दुरध्वनी क्रमांक कार्यालय: ०२५३ २५७२०३८, २५७६३६८ औषध भांडार-२३१९३६५ फॅक: २५७७९४९इ मेल medstoreghn@gmail.com	कार्यालय - जिल्हा सामान्य रुग्णालय, त्र्यंबक मार्ग, हॉटेल राजदुत समोर, नाशिक ०२.
आरोग्य सेवा	जा.क्र.जि.रु.नाशिक/औभा/जिरुना/ई दरपत्रके/५७५२/२६ जिल्हा शल्य चिकित्सक, जिल्हा रुग्णालय, नाशिक दिनांक- /०२/२०२६

Web Site Quotation Notice No. 01/2026

Date- .02.2026.

Open Notice

Civil Surgeon, Nashik invites quotations **(2 Envelope System)** to purchase of following Items from eligible Supplier. The Supplier who is interested please see terms & Conditions attached with & Submit the Quotation in prescribed Manner. Use Separate Envelopes for Technical Bid & Financial Bid.

Sr.No	Name & Description of Medicine	Unit
01	Metal Crown	01
02	PFM Crown	01

Submission :-

1	Submission of quotation by Hand Delivery or her/his own Risk by post or Courier before Last Date	Last Date . 24 .02.2026. Time Before- 4 PM
2	Opening of Quotation	Date- 25.02.2026. Time -5 To 6 PM Place-Civil Surgeon Office G.H. Nashik

Terms & Condition :-

1	Rates	Including all Taxes
2	Delivery	Medical Store, Civil Hospital, Nashik
3	Acceptance of Rates	Minimum 3 Quotations are required for comparative Rates. Lowest rates will be accepted.
4	Delivery	10 Days from the date supply order If Unable to supply within stipulated period penalty will be deducted as per Govt. Rule
5	Payment	CMP/NEFT/Cheque
6	Self-Attested Document (Technical Bid)	Supplier Should submit 1. Shop Act License 2. GST registration certificate 3. PAN Card Copy

		4. Annexure 1, 2 on 5. Drug license
7	Rate Format (Price Bid)	To Be Prepare on Letter Pad only Duly Signed by supplier with Name & Rubber Stamp. DO Not write rate in handwriting or overtyping or use of Whitener & Use Separate Envelope For Price Bid

Disqualification Of Quotation :-

1. Failure Of Required Supplier Technical qualification.
2. Late Receipt of quotation envelope.
3. Rate format submission not in proper format.
4. If Quotations received only in one envelope then will be disqualified.

(Use 2 Seperate Envelopes for Technical Documents & Price Bid & Mention it on envelopes)


Civil Surgeon, Nashik
ofcub

(On Self letter head)

Annexure -2

निविदाकाराचे हमीपत्र

मी/आम्ही मे. या हमीपत्रा द्वारे लिहून देतो की, दरपत्रक मागविणाऱ्या खरेदी प्राधिकार्या बरोबर कोणत्याही प्रकारचे हितसंबंध नसून हितसंबंधा बाबत संघर्ष नाही. तसेच खरेदी प्राधिकार्याकडे सादर करण्यात करण्यात आलेले दरपत्रक हे एकल असून दुसऱ्या कोणत्याही संस्थेसोबत संयुक्तरीत्या किंवा संगणमताने साखळी करून दरपत्रक भरलेले नाही, असे आढळून आल्यास नियमानुसार योग्य त्या दंडात्मक कार्यवाहीस पात्र राहिल.

दिनांक:

ठिकाण:

दरपत्रक सादर कर्त्याची स्वाक्षरी व शिक्का

Rate Format

To,
The Civil Surgeon,
Nashik

Sub-Submission of Quotation

Ref-Your Office Quotation Notice No. जा. क्र.जिरुना/औ.भांडार/दरपत्रके/ /२०२६
दि. /०२/२०२६.

Resp Sir/Madam

With ref to above subject I/We are here with submitting quotation for Govt.
Hospital Purchase.

Sr.No	Name & Description of Medicine	Unit	Unit Rate	Mfg By
01	Metal Crown	No.		
02	PFM Crown			

1. Rate with Inclusive all taxes
2. For Destination
3. Delivery 10 Days
4. Payment 100 % after Supply of Item
5. As per terms and conditions attached.

Name, Signature of Supplier
Seal & Rubber Stamp



मौखिक आरोग्य कार्यक्रम मार्गदर्शक सुचना २०२५-२६

सिरीयल नंबर ११७ - (Mobile Dental Units/Van)

Crown outsourcing

- सदर मंजूर निधी जिल्हास्तरावर वितरीत करण्यात आला आहे.
- सदर वितरीत करण्यात आलेल्या निधीचा विनियोग गरजू रुग्णांना Metal crown अथवा Porcelain Fused to Metal (PFM) Crown देण्याकरिता करण्यात येणार आहे.

अ) मार्गदर्शक सुचना-

- सन २०२५-२६ मध्ये जिल्हयातील कार्यरत मौखिक आरोग्य विभागात कृत्रिम दाताचे उपचार पुरवावेत.
- सदर कार्यक्रमानुसार जिल्हास्तरावरून नेमणूक करून देण्यात आलेल्या डेन्टल लॅबला नियमित नमुने (Impression Cast) पाठवून Metal Crown अथवा PFM Crown च्या सोयी आपल्या अधिनस्त मौखिक आरोग्य विभागात पुरविण्याची जबाबदारी संबंधित दंत शल्य चिकित्सकांची असेल.
- नेमणूक करण्यात आलेल्या डेन्टल लॅबच्या गुणवत्तेचा अहवाल प्रती माह मंडळ स्तरावर स्थापित करण्यात आलेल्या समितीला पाठविणे बंधनकारक आहे. तसेच सदर कार्यक्रमांतर्गत दंत आरोग्य सेवा पुरविण्यात येत आहेत याचा आढावा जिल्हा शल्य चिकित्सक स्तरावरील मासिक आढावा बैठकीत घेण्यात यावा.

सदर पथदर्शी प्रकल्प राबविणेबाबत सविस्तर मार्गदर्शक सुचना खालील प्रमाणे

१. सदर मंजूर निधी मधून मेटल क्राऊन (Metal crown) तर पी.एफ.एम क्राऊन (PFM crown) असे कृत्रिम दातांच्या सुविधा देणे नियोजित करण्यात आले आहे
२. त्यानुसार सर्व दंत शल्य चिकीत्साकांचे performance reports तपासणी करण्यात यावी.
३. मंजूर निधी प्रमाणे सदर सेवा कार्यरत दंत आरोग्य विभागात पुरविण्या करिता स्थानिक पातळीवरून, शासन निर्णय उद्योग उर्जा व कामगार विभाग, क्र.भा.ख.स.-२०१४/प्र.क्र.८२/भाग-३/उद्योग-४ दि. ०१.१२.२०१६ अन्वये प्रसिद्ध करण्यात आलेल्या नियम पुस्तिकेतील तरतुदीनुसार करण्यात यावी.
४. खालील नमूद नियमानुसार जिल्हा स्तरावर एक किंवा अनेक डेंटल lab निर्धारित करण्यात येतील. त्यांचे impaneling ही करण्यात येऊ शकते. या बाबत संदर्भित सेवा घेण्याबाबत मंजूर निधीच्या मर्यादेत नियमानुसार सदर प्रक्रिया संबंधित जिल्हा शल्य चिकीत्सक, आरोग्य सेवा यांच्या स्तरावरून राबविण्यात येईल.



मौखिक आरोग्य कार्यक्रम मार्गदर्शक सुचना २०२५-२६

निविदा प्रक्रीयेमध्ये भाग घेणाऱ्या डेंटल प्रयोगशाळा (Dental lab) करिता खालील नियम बंधनकारक असतील.

A. डेंटल lab पात्रता अटी-

a) डेंटल प्रयोगशाळा (Dental lab) हि सूक्ष्म, लघु आणि मध्यम उद्योग (MSME), उद्योग आधार अन्वये आणि महाराष्ट्र दुकाने व आस्थापना अधिनियम २०१७ नुसार नोंदनिवृत्त असावी.

b) नियुक्त डेंटल प्रयोगशाळेमध्ये (Dental lab) dentist act. १९४८ मधील chapter २ मधील मुद्दा क्र. १२ आणि chapter ४ मधील मुद्दा क्र. ३६, ३७ व ३८ नुसार दंत यांत्रिकी (Dental Mechanic) यांची नोंदणी महाराष्ट्र दंत परिषदे अंतर्गत केलेली असावी.

c) सदर संस्थेतर्गत ३४ जिल्ह्यांमध्ये जिल्हा स्तरावर एक अथवा किमान ३ जिल्ह्यांच्या किंवा उपसंचालक मंडळे च्या समूहामध्ये एक डेंटल प्रयोगशाळा (Dental lab) नियुक्त असणे बंधनकारक असेल तसेच या प्रयोगशाळेअंतर्गत (Dental lab) पूर्वी केलेल्या कामाचा तपशील निविदा प्रक्रियेत जोडण्यात यावा. तसेच निविदा अंतिम करण्यापूर्वी सदर कामकाजाची जिल्हा शल्य चिकित्सक यांचे स्तरावरून प्रत्यक्ष खातर जमा करण्यात यावी.

d) जिल्हास्तरावर वितरीत करण्यात आलेल्या निधीतून दंत आरोग्य विभागासाठी क्राऊन सेवा संदर्भित स्वरूपाने घेण्यासाठी दंत आरोग्य संस्थेच्या नजीकच्या परिसरात (आवश्यक असल्यास जवळच्या विभागीय परिसराचा हि वापर करावा) संदर्भित सेवा प्रक्रिया नियमानुसार डेन्टल लॅब नियुक्त करण्यात यावी, जेणे करून लांबच्या पल्ल्यावर असणारे दंत आरोग्य विभाग देखील डेन्टल लॅब संदर्भित सेवा घेऊ शकतील.

e) दंत शल्य चिकित्सकांना ठरवून देण्यात आलेल्या नियमानुसार गरजू रुग्णांना प्रती दंत आरोग्य विभाग कृत्रिम दात मेटल क्राऊन (Metal crown) अथवा पी.एफ.एम क्राऊन (PFM crown) पुरविणे बंधनकारक आहे. त्यानुसार नियुक्त डेंटल lab ला दातांच्या नमुन्यांचे दिलेले काम ७-१० कार्यालयीन कामकाजाच्या दिवसांच्या कालावधीच्या आत सुपूर्त करणे बंधनकारक राहिल.

f) Impression पाठविणे तथा स्वीकार करणे करिता लागणाऱ्या टपालाचा खर्च हा Quote करते वेळीच प्रती किलोमीटर या प्रमाणे out-sourcing charges नुसार निर्धारित करण्यात येईल याकरिता इच्छुक lab ने टपालाच्या / ने-आणण्याचा खर्च गृहीत ठेवूनच Price bid Quote करावे.

B. नियुक्त डेंटल प्रयोग शाळे (Dental lab) कडून प्राप्त मेटल क्राऊन (Metal crown) आणि पी.एफ.एम क्राऊन (PFM crown) दंत शल्य चिकित्सकाकडून दिलेल्या impression cast बरोबर विसंगत आढळून आल्यास ते कृत्रिम दात रक्कम अदा करण्यासाठी ग्राह्य धरले जाणार नाहीत.



मौखिक आरोग्य कार्यक्रम मार्गदर्शक सुचना २०२५-२६

- C. जर का पुरविण्यात आलेले कृत्रिम दात संबंधित दंत शल्य चिकित्सकाला अयोग्य वाटले तर सदर काम नाकारण्यात येईल. जर लॅबकडून देण्यात आलेले कृत्रिम दात दिलेल्या impression cast च्या विसंगत आढळून आले तर सदर लॅबने नवीन सुधारित कृत्रिम दात पुरविण्याचे सहकार्य करावे. नवीन सुधारीत कृत्रिम दात देण्यात आल्यावरच डेंटल प्रयोगशाळेला (Dental lab) देयक अदा करण्यात येईल.
- D. नियुक्त डेंटल प्रयोगशाळा (Dental lab) च्या गुणवत्तेचा मासिक आढावा घेण्याकरिता उपसंचालक, संबंधित मंडळे यांच्या स्तरावर एक समिती स्थापन करण्यात येत आहे यानुसार प्रत्येक विभागातून प्रत्येकी एक वरिष्ठ जिल्हा मौखिक आरोग्य अधिकारी नेमण्यात येत आहे तसेच या समितीत राज्य स्तरावरील मौखिक आरोग्य कक्षाचा प्रतिनिधी असेल आणि खरेदी कक्षातील अधिकारी यांचा प्रतीनिधी असेल. सदर समिती त्रैमासिक तपासणी करेल.
- नियुक्त डेंटल प्रयोगशाळा (Dental lab) चे देयक सदर देयकांच्या खातर जमा करून प्रती माह संबंधित जिल्ह्याच्या जिल्हा शल्य चिकित्सक यांचे स्तरावर सिरीयल नंबर ११८ - (State specific initiatives and innovations) अंतर्गत वितरीत केलेल्या अनुदानातून अदा करण्यात येईल.
- E. लाभार्थीचे अभिप्राय - संदर्भित सेवा घेण्याचा प्रमुख उद्देश हा डेंटल प्रयोगशाळा (Dental lab) नव्याने प्रस्थापित होई पर्यंत दंत आरोग्य सेवा तत्काळ स्वरूपात सुरु करणे हा आहे. यात लाभार्थींना गुणात्मक दंत आरोग्य सेवा पुरविण्यासाठी प्रत्येक दंत आरोग्य विभागातून एकूण १० लाभार्थी पैकी २ (पूर्ण ५० पैकी १०) लाभार्थीचे पुरविण्यात आलेल्या कृत्रिम दातांबद्दल त्रैमासिक अभिप्राय घेण्यात यावेत व तो अहवाल मंडळ स्तरावर गठीत करण्यात आलेल्या संबंधित समितीला प्रती माह कळविण्यात यावा सदर प्रश्नावली सोबत जोडण्यात आली आहे.

Poojke
17/10

WEB SITE DOCUMENT UPLOAD FORM (WDU)

Name of Program	METAL CROWN & PFM CROWN FOR NOHP		
Name & Designation of Officer	CIVIL SURGEON NASHIK		
Date of Publication	16/02/2026		
Displayed on Website (Please { } checkbox)	<input type="checkbox"/> www.nrhm.maharashtra.gov.in	<input checked="" type="checkbox"/> www.arogya.maharashtra.gov.in	
Published on section/tab of website			
Document Title should be displayed as (in Marathi)	EQUATION FOR METAL CROWN & PFM CROWN.		
Document Title should be displayed as (in English)	EQUATION FOR METAL CROWN & PFM CROWN.		
Document Size (Document should be in PDF format and size will not exceed more than 20MB)			

Declaration

I hereby declare that all information provided in this website document upload form (WDU) for the purpose of uploading/updating document on website only and correct to the best of my knowledge. All documents responsibility will be on concern program department only; IT NHM department is not responsible for any breach cause to content of uploaded documents. IT NHM deparment is responsible only for uploading/updating documents on websites

Date: 16/02/26


Signature of Program Authority