

जा.क्र./ज.क्ष.कें.ज / आस्था/लेखा/ 34/2026
जिल्हा क्षयरोग अधिकारी वर्ग - १
जिल्हा क्षयरोग केंद्र जळगाव यांचे कार्यालय
दि 18/2/2026

Govt. of Maharashtra
Public Health Department
District Tuberculosis Office, Jalgaon
PIN CODE - 425001
YEAR - 2025-26

Name of Department: District Tuberculosis Office Jalgaon
Email ID: dcmhjl@gmail.com

**Quotation for Purchase of
Medicine & materials for office of the
District Tuberculosis Office
Jalgaon.**

Govt. of Maharashtra
Public Health Department
District Tuberculosis Office, Jalgaon
YEAR - 2025-26

Web Site Quotation Notice No. 3 / 2025-26

Date - 18/2/2026

OPEN NOTICE

District Tuberculosis Office Jalgaon is invited quotations for Purchase of following Medicine from eligible Supplier. The Supplier who is interested please see Terms & Conditions & submit the Quotation in Prescribed Manner.

Sr.No.	Name of Item	Packing	Approx Quantity to be Purchase
1	PHENOL CRYSTAL	500GM	35
2	SULPHURIC ACID	500GM	80
3	SODIUM HYPOCHLORITE	5LIT	30
4	METHYLENE BLUE	25GM	12
5	POTASSIUM DICHROMATE	500GM	05
6	BASIC FUCHSIN DYE	25GM	80
7	METHANOL	500ML	32
8	ROUND BOTTOM FLASK	1LIT	2
9	MEASURING CYLINDER	100ML	2
10	MEASURING CYLINDER	500ML	2
11	MEASURING CYLINDER	1LIT	2
12	BEAKER	250ML	2
13	BEAKER	100ML	2
14	BEAKER	500ML	2
15	BEAKER	1LIT	2
16	FUNNEL PLASTIC	10CM,	20
17	FUNNEL PLASTIC	18CM	20
18	FALCON TUBE	50ML	6000
19	DIMOND MARKER PENCIL		200

20	DISTILLED WATER		
21	TISSUE PAPER	5LIT	90
22	HAND WASH		300
23	BRUM STICK	5LIT	15
24	LENS PAPER	100	50
			100

Submission

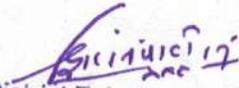
1	Submission of quotation by Hand Delivery or post or Courier before Last Date & time on her / his own Risk	Last Dt: 26/02/2026 Time before: 06.00 PM
2	Opening of Quotation	Date: 27/02/2026 Time: 12 P.M. (If possible) Place: District Tuberculosis Office Jalgaon

2) Terms & Conditions

1	Rates	Including all-Taxes and Charges
2	Risk Purchase Clause	If Supplier fails to supply the item in stipulated period then Risk Purchase Clause as per dated 01.12.2016 will be applicable.
3	Delivery	District Tuberculosis Office Jalgaon – 425001
4	Acceptance of Rates	Minimum 3 quotations are required for competitive rates. Lowest rates are Accepted
5	Delivery Period	Only 7 Days from the date of receipt of Order
6	Payment	CMP / NEFT / Cheque
7	Self Attested Document	GST Reg. Certificate, FDA License certificate
8	Rate Format	To be prepared on Letter Pad Only, duly signed by Supplier with Name & Rubber Stamp. Do not write rate

इतर महत्वाच्या सूचना:

1. दरपत्रकात नमूद केलेले दर हे खुल्या बाजारभावापेक्षा तसेच सदरचे दर एमआरपी व जीएसटीपेक्षा जास्त नसावेत व औषध/खरेदी करावयाच्या बाबी बाबत राज्य शासन/ केंद्र शासनाने सर्व शासन निर्णय परिपत्रक पालन करण्याची सर्व जबाबदारी दरपत्रक धारकाची राहिल.
2. खरेदी करावयाच्या संख्या अंदाजपत्रकाच्या उपलब्धतेनुसार कमी जास्त करण्याचे अधिकार मा. जिल्हा क्षयरोग अधिकारी यांनी राखून ठेवले आहेत.
3. आर्थिक तरतुदीच्या अधीन राहून आदेश देणे किंवा न देणे.
4. कोणत्याही कारणास्तव तसेच कोणतेही दरपत्रक स्वीकारण्याचा किंवा नाकारण्याचा किंवा प्रक्रिया स्थगित ठेवण्याचा तसेच औषध/खरेदी करावयाच्या बाबींची संख्या कमी/ अधिक किंवा निवडक करण्याचा अधिकार जिल्हा क्षयरोग अधिकारी यांनी स्वतःकडे राखून ठेवला आहे. त्यासाठी कोणतेही तोंडी अथवा लेखी कारण दिले जाणार नाही.


District Tuberculosis Officers, Class-1
District Tuberculosis Centre, Jalgaon

Format For Quotation

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

To,
District Tuberculosis Officer,
Jalgaon.

Sub:- Submission of Quotations

Ref:- Your Office Website Notice No..... Dated

With reference to above Subject, we are herewith submitting following items for Govt. Purchase.

Sr. No.	Name of Item	Unit Rate

Note: Rates are inclusive of all Taxes.

Certificate:

- 1) I undersigned 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.
- 2) मी/आम्ही यावरून अशी हमी देतो की, वरील अधिकारी यांचे सोबत माझा/आमचा हितसंबंधांचा संघर्ष नसून मी/आम्ही एकल निविदा सादर केली आहे.
- 3) सदर दरपत्रकाच्या अटी व शर्तीनुसार मी/आम्ही विहित कालावधीत पुरवठा न केल्यास आमच्या संस्थेवर Risk Purchase Clause नुसार दंडात्मक कारवाई करून आमच्या संस्थेचा काळ्या यादीत समावेश करून जिल्हा शल्य चिकित्सक, जळगाव या कार्यालयात पुढील १ वर्षासाठी दरपत्रक/निविदा भरण्यापासून प्रतिबंध करण्यात येईल याची मला/आम्हाला पूर्ण जाणीव आहे.

Supplier Sign. & Stamp