सार्वजनिक आरोग्य विभाग
महाराष्ट्र शासन

NATIONAL HEALTH MISSION
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन

महाराष्ट्र शासन
सार्वजनिक आरोग्य विभाग
जिल्हा महिला व बाल रुग्णालय, कुडाळ
कुडाळ तहशिलदार कार्यालय समोर, तालुका कुडाळ,
जिल्हा सिंधुदुर्ग, पिन कोड नं. ४१६ ५२०

सत्यमेव जयते
Government of Gujarat

दूरध्वनी क्रंमाक (०२३६२)-२९९४३४
Email Address :- dwchsindhudurg@gmail.com

बेटी बचाव, बेटी पढाव

कागद वाचवा, वृक्ष वाचवा

जा.क्रं./जिमबालरुकु/भांडार/सोनोग्राफी/दरपत्रक ९१५ /२०२६
दिनांक :- २५ /०६/२०२६

दरपत्रक सूची

राष्ट्रीय आरोग्य अभियान अंतर्गत जिल्हा महिला व बाल रुग्णालय, कुडाळ येथे गरोदर मातांसाठी सोनोग्राफी करीता स्थानिक पातळीवर **फक्त कुडाळ शहराकरीता** करार निश्चित करणेकरीता दरपत्रक पध्दतीने करणे प्रस्तावित आहे.

त्यासाठी पुरवठादाराकडून खालील अटीच्या अधिन राहून मोहोरबंद दरपत्रके मागविण्यात येत आहे. अटीची पूर्तता करणाऱ्या पुरवठादारांपैकी दरपत्रके खाली सही करणार यांच्या नावे सुट्टीचे दिवस वगळून दिनांक २५/०६/२०२६ रोजीपासून ते दिनांक ०३/०७/२०२६ रोजीपर्यत सायंकाळी ५.०० वाजेपर्यत पोस्टाने किंवा प्रत्यक्ष येऊन जिल्हा महिला व बाल रुग्णालय, कुडाळ येथे आणून देण्याचे आहे.

अटी व शर्ती-

१. संबंधित संस्थेचे नोंदणीपत्रक, पॅनकार्ड व आवश्यक ते सर्व पात्रतेचे निकष पूर्ण असणे आवश्यक आहेत. तसेच पात्रते संबंधी सर्व विहीत कागदपत्रे सुपूर्द करणे आवश्यक आहे.
२. सदर सामंजस्य करार हा दिनांक ३१/०३/२०२७ या कालावधीकरीता करण्यात येत आहे. व तो निम्न स्वाक्षरीदार यांनी केलेल्या दिनांकापासून अंमलात येत आहे. लिहून देणार हे खाजगी नोंदणीकृत सोनोलॉजिस्ट / रेडिओलॉजिस्ट असून ते स्वंत:च्या सोनोग्राफी केंद्रामध्ये आपली सेवा देऊन सदर योज़नेतील गरोदर मातांची सोनोग्राफी करण्यास इच्छुक असल्याने लिहून घेणार यांच्या कार्यालयामार्फत संदर्भित केलेल्या गरोदर मातांची सोनोग्राफी करतील.
३. या सामंजस्य कराराद्वारे फक्त गरोदर मातांची तपासणी करता येईल. सदरची तपासणी १४ ते १८ आठवडयांमध्ये करण्यात येईल व गरज असल्यास स्त्रीरोग तज्ञांच्यामते तिसऱ्या तिमाहीमध्ये तपासणी करण्यात येईल (३४ ते ३६ आठवडे)
४. सोनोग्राफीसाठी प्रति लाभार्थी खर्चाची कमाल मर्यादा रुपये ४००/- एवढी राहील.
५. लिहून देणार हे सदर नमूद सोनोग्राफी सेवेबाबत लिहून घेणार यांसमार्फत जारी केलेल्या एम.सी.पीश. कार्डवर केलेल्या सोनोग्राफी बाबत नोंद करतील. एका गरोदर मातेची कमाल दोन वेळा सोनोग्राफी या योजने अंतर्गत करण्यात येईल.

६. शासकीय संस्थेमधील नोंदणीप्रमाणे लिहून देणार यांसकडे सोनोग्राफी करीत संदर्भित करण्यात येणा-या गरोदर मातांना रेफरल स्लिप लिहून घेणारा यांच्या कार्यालयामार्फत जारी करण्यात येईल.

७. लिहून घेणार व लिहून देणार हे संदर्भित करण्यात येत असलेल्या गरोदर माताबाबतची स्वंतत्र नोंदवही आपआपल्या कार्यालयात जतन करतील.

८. सोनोग्राफी तपासणी अहवालाची एक प्रत संदर्भित करणाऱ्या संस्थेने (लिहून घेणार) जतन करुन ठेवणे. निष्कर्ष हे एम. सी. पी कार्डवर नोंदविण्यात येतील.

९. पीसीपीएनडीटी कायदयातील तरतुदीचे उल्लंघन होणार नाही याची दक्षता लिहून घेणार व लिहून देणार हे स्वत: घेतील असेच सदर कायदयाचा भंग केल्यास जबाबदार राहतील.

१०. शासकीय संस्थेमधील नोंदणीप्रमाणे गरोदर मातांना देण्यात येणाऱ्या पत्रामध्ये लिहून घेणार हे लिहून देणार यांचे नाव नोंद करतील.

११. लिहून देणार यासंमार्फत महिना अखेर एकूण संदर्भित केलेल्या मातांची यादी नोंदवहीतील नोंदीनुसार तयार करण्यात येईल व सदर यादी पुढील कार्यवाहीकरीता लिहून घेणार यांच्या कार्यालयात ईमेल व हार्ड कॉपी द्वारे सादर करण्यात येईल.

१२. गरोदर माताच्या संख्येनुसार निश्चित केलेल्या दराने पी.एफ.एम.एस प्रणालीद्वारे लिहून घेणार यांच्या कार्यालयामार्फत लिहून देणार यासं देयक अदा करण्यात येईल.

१३. सोनोलॉजिस्ट ने वैद्यकीय अधिकारी यांनी संदर्भित केलेल्या संदर्भ चिठ्ठीनुसार येणाऱ्या गरोदर मातांची सोनोग्राफी करावयाची आहे. संदर्भ चिठ्ठी व्यतिरिक्त केलेल्या सोनोग्राफीचे देयक या कार्यालयाकडून देय राहणार नाही याची नोंद घ्यावी.

१४. सोनोलॉजिस्ट ने देयकासोबत तपासलेल्या गरोदर मातांची रिपोर्टची एक छायांकित प्रत सादर करणे गरजेचे आहे.

Dist. Women & Child Hospital
सत्यमेव जयते
* Sindhudurg - Kudal. *

वैद्यकीय अधिक्षक,
जिल्हा महिला व बाल रुग्णालय, कुडाळ
जिल्हा - सिंधुदुर्ग

वैद्यकिय अधिक्षक, वर्ग-१
जिल्हा महिला व बाल रुग्णालय
सिंधुदुर्ग - कुडाळ

दरपत्रक

अ.क्रं.	सोनोग्राफी	दर
१	१४ ते १८ आठवडयामध्ये सोनोग्राफी	
२	Anomaly Scan	

Dist. Women & Child Hospital * Sindhudurg - Kudal. *
सत्यमेव जयते

वैद्यकिय अधिक्षक, वर्ग-१
जिल्हा महिला व बाल रुग्णालय
सिंधुदुर्ग - कुडाल

बंधपत्र

मी / आम्ही गांभीर्य पूर्वक नमूद करतो की मी / आम्ही वर नमूद केलेल्या सर्व अटी व शर्ती काळजीपूर्वक वाचल्या असून या निविदेसाठी माझे / आमचे दर निविदेसोबत असलेल्या प्रपत्र अ मध्ये नमूद करीत आहे / आहोत.

जर माझी / आमचे दरपत्रक स्वीकृत करण्यात आले तर निविदेमधील सर्व अटी व शर्तींचे पालन करण्यास मी / आम्ही बांधील राहू. या अटी व शर्तीचा भंग मी / आम्ही केल्यास या दरपत्रकातील अटी व शर्तीमध्ये दिलेल्या तपशीलनुसार मी / आम्ही दंडनीय कार्यवाहीस पात्र राहू.

वरील सर्व अटी व शर्ती मला / आम्हाला मान्य आहे.

स्थळ: -

दिनांक: -

दरपत्रकधारकाची सही व शिक्का

नाव: -

पत्ता: -