

# कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला— रायगढ़ (छ.ग.)

निविदा क्र./एन.एच.एम./एम.सी.एच/2017-18 रायगढ़ दिनांक / /2017

## निविदा के शर्तें एवं नियम

- कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, रायगढ़ के अधिनस्थ एम.सी.एच. रायगढ़ तथा एम.सी.एच. लैलुंगा हेतु उपलब्ध कराई जाने वाली सामग्री/फर्निचर/उपकरण की खरीदी हेतु निर्माता/अधिकृत विक्रेताओं/पंजीकृत फर्म से मुहरबंद निविदा आमंत्रित की जाती है।
- सामग्री/फर्निचर/उपकरण के लिए अधिकृत विक्रेताओं को निर्माता कंपनी का अथॉरिटी लेटर मूल रूप से मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, रायगढ़ के नाम से निविदा के साथ संलग्न करना अनिवार्य है।
- निविदा कार्यालय में दिनांक 17.01.2018 को सायं 5.00 बजे तक पंजीकृत डाक, कोरियर अथवा स्पीड पोस्ट से पहुंच जानी चाहिए। प्राप्त निविदा दिनांक 18.01.2018 को 4.00 बजे अधोहस्ताक्षरकर्ता के कार्यालय में खोली जाएगी। निविदादाता के प्रतिनिधि उपस्थित रह सकते हैं। निर्धारित तिथी एवं समय के पश्चात प्राप्त निविदाओं पर विचार नहीं किया जावेगा। विलंब के लिए यह कार्यालय जवाबदार नहीं रहेगा। निविदा को अलग-अलग सील बंद लिफाफे में प्रस्तुत किया जावे। प्रथम लिफाफा समस्त निविदा सहपत्रों एवं द्वितीय लिफाफा प्राइज बिड का होना चाहिए। एक ही लिफाफे में प्रस्तुत निविदा निरस्त कर दी जाएगी। सहपत्रों का चेक लिस्ट भी प्रस्तुत करें। प्रथम लिफाफा कय समिति द्वारा पारित किये जाने के उपरान्त ही द्वितीय लिफाफा प्राइज बीड खोला जावेगा।
- निविदा प्रारूप एवं निविदा की शर्तें तथा सामग्री/फर्निचर/उपकरण की सूची निविदा प्रारूप के साथ दिनांक 16.01.2018 सायं 5.00 बजे तक शासकीय कार्य दिवस में कार्यालय से निविदा फार्म रु. 500/- DHS Raigarh Non NRHM Fund के नाम पर बैंक ड्राफ्ट देने पर प्राप्त किया जा सकता है। उक्त राशि किसी भी दशा में वापसी योग्य नहीं है।
- निविदा खुलने के समय निविदा फर्मों के प्रतिनिधि उपस्थित रहते हैं तो इसके लिए निविदाकर्ता फर्म का अथॉरिटी लेटर होना आवश्यक है।
- सामग्री/फर्निचर/उपकरण के लिए निर्माता कंपनी का WHOGMP/ आई.एस.ओ/आई.एस.आई. प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना आवश्यक है।
- निविदा के साथ सामग्री/फर्निचर/उपकरण के लिए धरोहर राशि रु. 5,00,000/- (रु. पांच लाख मात्र) का डिमांड ड्राफ्ट राष्ट्रीयकृत बैंक, या भारतीय स्टेट बैंक का बना हुआ जो DHS Raigarh Non NRHM Fund के नाम से देय हो। सुरक्षा निधि सफल निविदाकार की रोककर शेष को राशि वापस लौटा दी जावेगी। सफल निविदादाता की अमानत राशि निविदा अवधि 1 वर्ष तक जमा रखा जावेगा जिस पर किसी भी प्रकार का ब्याज देय नहीं होगा।



- निविदा फार्म कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी कार्यालय भगवानपुर रोड, रायगढ़ (छ.ग.) के कार्यालय से दिनांक-19.12.2017 से दिनांक-16.01.2018 तक DHS Raigarh Non NRHM Fund के नाम पर राष्ट्रीयकृत बैंक, या भारतीय स्टेट बैंक का 500/(पांच सौ रु. मात्र) का डिमांड ड्राफ्ट प्रदाय कर प्राप्त किया जा सकता है।
- **क़य की शर्तें:-**
  - अ. पिछले वित्तीय वर्षों 2014-15, 2015-16 तथा 2016-17 का वाणिज्यिक कर अदा किया है एवं उस पर कोई कर बकाया नहीं है इस आशय का वाणिज्यिक कर समाशोधन प्रमाण-पत्र निर्धारित प्रारूप में प्रस्तुत करना होगा। आयकर रिटर्न वर्ष 2014-15, 2015-16, 2016-17 की छाया प्रति संलग्न करना अनिवार्य है।
  - ब. सामग्री/फर्निचर/उपकरण इत्यादि की दर एम.सी.एच. रायगढ़ तथा एम.सी.एच. लैलुंगा में प्रदाय करने की होगी। ट्रांसपोर्ट व्यय (फ्रेड पेड) निविदाकर्ता द्वारा भुगतान किया जाएगा। ट्रांसपोर्ट व्यय की लोडिंग, अनलोडिंग, एफ.ओ.आर. डेस्टीनेसन के लिए शामिल होगा।
  - स. सामग्री/फर्निचर/उपकरण का दर न्युनतम पाये जाने के उपरांत नमूना क़य समिति के अवलोकन हेतु मंगाया जा सकता है।
  - द. क़यकर्ता अधिकारी द्वारा सभी वस्तुएं निरीक्षण की शर्तों पर स्वीकार की जावेगी। सामग्री/फर्निचर/उपकरण का क़यन क़य समिति के तकनिकी विशेषज्ञों द्वारा किया जावेगा। सामग्री/फर्निचर/उपकरण की गुणवत्ता का परीक्षण तकनिकी विशेषज्ञों द्वारा किया जावेगा। तकनिकी विशेषज्ञों के परिक्षण में गुणवत्ता युक्त सामग्री/फर्निचर/उपकरण न होने की स्थिति में क़य शून्य किया जा सकेगा।
  - इ. निविदादाता को अपने फर्म का टीन नम्बर, जीएसटी नंबर एवं पेन नम्बर की छाया प्रति संलग्न करना अनिवार्य है।
  - फ. निविदा में मंगाई गई सामग्री/फर्निचर/उपकरण में प्री डीलिवरी इन्स्पेक्शन रिपोर्ट अनिवार्य है। सामग्री/फर्निचर/उपकरण की गारंटी/वारंटी period का स्पष्ट उल्लेख किया जावे। इस हेतु गारंटी/वारंटी सर्टिफिकेट भी प्रदाय किया जाना आवश्यक है। सामग्री/फर्निचर/उपकरण का इस्टालेशन कंपनी/डीलर के आथराईज इंजीनियर द्वारा किया जावेगा। इस्टालेशन उपरांत रिपोर्ट प्रदाय किया जाना अनिवार्य होगा।
- निविदा दर में सभी प्रकार के कर जैसे:- (वैट टैक्स/केन्द्रीय कर/जी.एस.टी.) इत्यादि का उल्लेख पृथक से किया जाना अनिवार्य है। सफल निविदाकर्ता को सामग्री आपूर्ति के पश्चात् बिल में सामग्री राशि अलग से तथा देय कर की राशि अलग-अलग स्पष्ट रूप से उल्लेख करते हुए प्रस्तुत करना होगा जिससे की देय कर की राशि वाणिज्य कर विभाग के लेखा शीर्ष में जमा किया जावेगा तथा संबंधित फर्म द्वारा चालान मांग किए जाने पर चालान की प्रति उपलब्ध कराई जावेगी।
- न्युनतम दर संलग्न सूची अनुक्रम में ही पूर्तिकर एवं हस्ताक्षरकर लेटर पेड में देना होगा। इस कार्यालय द्वारा प्रदाय किये गये सूची के कम अनुसार ही दर अंकित किया जावे अन्यथा निविदा अमान्य कर दी जावेगी।



- निविदा दर कम्प्युटर द्वारा मुद्रित होना चाहिए।
- निविदादाता द्वारा नियम व शर्तों का उल्लंघन करने पर संबंधित फर्म का निविदा निरस्त कर दिया जावेगा।
- निविदा में सामग्री/उपकरण की दर राज्य या केन्द्र शासन के द्वारा निर्धारित दर एवं अधिकतम खुदरा मूल्यों से अधिक नहीं होना चाहिए।
- निविदा दर में सामग्री /फर्निचर/उपकरण के मेक,माडल,कंपनी का उल्लेख किया जाना अनिवार्य होगा।
- निविदा दाता द्वारा फर्म/कंपनी का विगत 03 वित्तीय वर्ष का टर्नओवर प्रमाण पत्र चार्टर्ड अकाउंटेंट द्वारा सर्टिफाइड कर प्रदाय करना होगा। फर्म/कंपनी का वित्तीय वर्ष 2014-15,2015-16 एवं 2016-17 में प्रति वर्ष न्यूनतम टर्नओवर 3 करोड़ (तीन करोड़ रुपये मात्र) होना आवश्यक है।
- सामग्री/उपकरण की प्रदायगी आदेश प्राप्त होने के 30 दिन के अंदर प्रदाय करना होगा। विशेष कठिनाईयों में संबंधित अधिकारी को सूचना देने पर अवधि बढ़ाई जा सकती है परंतु किसी भी परिस्थिति में यह अवधि पांच सप्ताह से अधिक की नहीं होगी।
- आदेशित सामग्री/उपकरण निर्धारित अवधि के अंदर आपूर्ति नहीं की जाती है तो 2 प्रतिशत पेनाल्टी चार्ज की जावेगी।
- व्यवस्थित पैकिंग तथा पहुँच तक की संपूर्ण जवाबदारी प्रदायकर्ता की होगी। टूट-फूट तथा ट्रांसपोर्ट के दौरान कमी आने की संपूर्ण जवाबदारी प्रदायकर्ता की होगी। विलंब से रसीद प्राप्त होने पर लगने वाले डेमरेज चार्ज प्रदायकर्ता के बिल से वसूल की जावेगी।
- दर भारतीय मुद्रा में ही स्वीकार की जावेगी। विदेशी मुद्रा की दर निरस्त कर दी जावेगी।
- किसी भी निविदा को स्वीकार करना अथवा बिना किसी कारण सूचना के निरस्त करने का संपूर्ण अधिकार जिला स्तरीय क्रय समिति के पास सुरक्षित रहेगा।
- सामग्री/फर्निचर/उपकरण का एक ही दर अंकित किया जावे। प्रदाय टेडर फार्म से अलग सामग्री/फर्निचर/उपकरण का नाम जोड़ने पर निविदा दर स्वीकार नहीं किया जावेगा।
- खुली निविदा में प्राप्त एकल दर को भी जिला क्रय समिति द्वारा मान्य किया जा सकता है।
- निविदा से संबंधित किसी भी प्रकार की विवाद की स्थिति में न्यायालयीन क्षेत्र जिला रायगढ़ होगा।

संलग्न:- सामग्री/फर्निचर/उपकरण की सूची।

निविदा के उपरोक्त शर्तें एवं नियम अक्षरशः स्वीकार है।

हस्ताक्षर प्रदायकर्ता  
(फर्म का नाम एवं सील)

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी  
जिला-रायगढ़(छ.ग.)



OFFICE OF THE CHIEF MEDICAL AND HEALTH OFFICER  
DISTT. RAIGARH (CHHATTISGARH)  
(NATIONAL HEALTH MISSION)  
TENDER NOTICE & DOCUMENT  
(2017-18)  
(Equipment/Consumable)

**Bid Reference No.                      dt.                      .2017**

Receipt No.....Date.....

A complete set of the tender document may be obtained from the office of the undersigned during the office hours (from 11AM to 5 PM) as per the detail given below.

**The detail are given below:-**

- **Cost of tender Document** : Rs. 500/-
- **Date of commencement of sale of Tender Document** : 19.12.2017 (11 AM to 5 PM)
- **Last date & time of sale of Tender Document** : 16.01.2018 upto 5 PM
- **Last date & time for receipt of Tender Document** : 17.01.2018 upto 5 PM
- **Date & time of Tender opening (Technical Bid)** : 18.01.2018 at 4 PM
- **Address for communication, Place of sale & opening of Tender Document's** : CM&HO, Raigarh(C.G.)  
Bhawanpur Road,Raigarh

**Chief Medical and Health Officer  
Raigarh (C.G.)**



## DECLARATION FORM

I/We -----  
----- having our ----- office at -----  
-----

----- dt. Declare that I/We have carefully read. All the condition of tender send to me/us by the Chief Medical & Health Officer, Raigarh (C.G.) for the tender floated by him for the supply of Equipment/material and others articles for the tender period of one year from the date of award of rate contract and abode by all condition set forth in the tender for the year 2017-18.

I/We further declare that I/We Process Valid manufacturing/Trading license bearing No. ----- valid up to ----- .

I/We -----  
do hereby declare that all supply the Equipment/material and others articles are as per as per annexure.

Signature of the bidder

Date

Name of the Firm

Address:



कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

जिला-रायगढ़ (छ.ग.)

निविदा सूची (Index)

MCH : 2017-18

क.	विवरण	पृष्ठ क्रमांक
01	धरोहर राशि।	
02	निर्माता कंपनी का ISO/ WHOGMP प्रमाण पत्र।	
03	उपकरण के लिए निर्माता कंपनी का अथॉरिटी लेटर मूलरूप में	
04	प्रथम लिफाफा समस्त सहपत्रों का एवं द्वितीय लिफाफा प्राइज बिड का।	
05	पेन नंबर की छायाप्रति।	
06	डिक्लैरेशन फार्म नोटरी द्वारा सत्यापित।	
07	निविदादाता फर्म का टीन नंबर, जी.एस.टी. नंबर की छायाप्रति।	
08	विगत 03 वर्ष 2014-15, 2015-16, 2016-17 आयकर विवरणी	
09	पिछले वित्तीय वर्ष 2014-15, 2015-16, 2016-17 का वाणिज्यकर समाशोधन प्रमाण पत्र।	
10	टेंडर में भाग लेने हेतु कंपनी/अधिकृत फर्म का अधिकार पत्र (Authorization)	
11	अन्य सहपत्र।	



**Authority letter**

To,

Chief Medical & Health Office

Raigarh (c.g.)

We hereby authorized to m/s ----- for quote rate and submission Tender for C.M. & H.O. Raigarh, C.G. for the year 2017-18 Also authorized for collect order/collect payment and singe/submit any related documents on behalf of the company.

Thank you

-----

-----



(अधिकार पत्र)

प्रति,

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी

जिला - रायगढ़ (छ.ग.)

विषय :- टेंडर प्रक्रिया में उपस्थिति बाबत।

निवेदन है कि हमारे फर्म के प्रतिनिधि श्री .....को  
टेंडर की प्रक्रिया में शामिल होने के लिए अधिकृत करता हूँ।

(फर्म का नाम एवं सील)







(प्रत्येक पंक्ति में एक नाम)

(इस पृष्ठ में जानकारी प्राप्त करने के लिए सूची बनाएं)

क्र.	निर्माता का नाम	अधिकृत पत्र का दिनांक	संलग्न पत्र / शीट	WHOCMP प्रमाण पत्र का दिनांक	ISO/OSI प्रमाण पत्र की वैधता का दिनांक

निविदादाता का नाम  
 टीन नं.  
 अमानत राशि  
 दिनांक

निर्माता कंपनी के अधिकृत पत्र संबंधी जानकारी के लिए

, , , KHK

# CHECK LIST

(To be submitted in **Cover A Technical Bid**)

**Note : The documents has to be arranged serially as per the order mentioned in the check list**

Please put  in the respective box

## COVER – A (TECHNICAL BID)

DOCUMENTS : SUBMITTED OR NOT

1. List of Item (s) –

Page No.	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------

2. Tender document Fee

Page No.	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------

3. Earnest Money Deposit

Page No.	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------

4. Details of Manufacturing Unit / contact person  
Liaisoning agent / servicing centre

Page No.	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------

5. Declaration form signed  
by the tender & affidavit before  
Notary Public / Executive Magistrate

Page No.	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------

6. Manufacturer's Authorization Format  
(for distributor/Importer)

Page No.	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------

7. Proof of avg. Annual turnover of Rs. 3 Crore or  
more for preceding 3 financial years

Page No.	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------

8. Audited Account Statemen (P&L Account) /AnnualReport  
for the three financial years

Page No.	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------

9. Performance Statement (**Item wise**)  
during the last three year

Page No.	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------

10. Copies of Purchase order (**Item wise**)  
in support of the performance statement

Page No.	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----	--------------------------	----	--------------------------



11. Leaflets/Technical Brocheures of the Equipment offered (Item wise)

Page No.		Yes		No.	
----------	--	-----	--	-----	--

12. Copy of Import license (In case of Importer)

Page No.		Yes		No	
----------	--	-----	--	----	--

13. Copy of Valid ISO Certificate

Page No.		Yes		No	
----------	--	-----	--	----	--

14. Photocopy of PAN

Page No.		Yes		No	
----------	--	-----	--	----	--

15. Photocopy of Tax Clearance certificate

Page No.		Yes		No	
----------	--	-----	--	----	--



(To be submitted in *Cover A - Technical Bid*)

**LIST OF ITEM(S) QUOTED**

Sl.	Name of Item(s)	Name of Manufacturer	Make	Model Name	Details of offered product at Page No. (s)
1					
2					
3					

Signature of the tenderer :

Date :

Official Seal:



(To be submitted in *Cover A - Technical Bid*)

DETAILS OF EMD(S) SUBMITTED

Sl.	Name of Tenderer	EMD Amount (Rs.)
	<b>TOTAL (Rs.)</b>	

Signature of the tenderer :

Date :

Official Seal:



ANNEXURE - V

**TOTAL TURNOVER CERTIFICATE**

To

CHIEF MEDICAL & HEALTH OFFICER,  
JINDAL ROAD BHAGWANPUR RAIGARH (C.G.)

We hereby certify that M/s \_\_\_\_\_ (the name of participant in the EOJ)  
who is participating the EOJ for supply of Goods called by CHIEF MEDICAL & HEALTH OFFICER  
RAIGARH, Chhattisgarh, having their office at \_\_\_\_\_ (Address of  
office) has a turnover on their audited balance sheet as follow :-

Turnover in the financial year of 2014-2015.	RS.
Turnover in the financial year of 2015-2016.	RS.
Turnover in the financial year of 2016-2017	RS.

The above information is correct and true and verified from audited Balance Sheet.

CHARTERED ACCOUNTANT

(with membership no.)

Name:

Contact No.:

Contact Address:

**NOTE: 1 The turnover of other than participant will not be accepted.**

