

FIC



महाराष्ट्र शासन

शासकीय आयुर्वेद रुग्णालय, जळगाव.



(श्री. गुलाबराव देवकर अभियांत्रिकी महाविद्यालय परिसर, शिरसोली रोड, जळगाव - ४२५००२)

ईमेल-gahjalgaon@gmail.com



जा.क्र.शाआरुज/भांडार/ औषधी वितरण पाकीट/दरपत्रक/ 865 /2026, दि. 03/07/2026

दरपत्रक सूचना

प्रति,

सर्व पुरवठादार

विषय :- औषधी वितरण विभागासाठी लहान व मोठे कागदी पाकीट खरेदी करणे बाबत.

उपरोक्त विषयाबाबत सर्व पुरवठादारांना कळविण्यात येते की, या रुग्णालयात रुग्णांना औषध वितरण करण्यासाठी लहान व मोठे कागदी पाकीट खरेदी करावयाचे आहे.

तरी इच्छुक व पात्र पुरवठादारांनी त्यांची कमीत कमी दरांची दरपत्रके सिलबंद पाकिटामध्ये अधिष्ठाता, शासकीय आयुर्वेद रुग्णालय, जळगाव यांचे कार्यालयात पोस्टाने अथवा समक्ष खालील नमुद अटी व शर्तीच्या अधिन राहून सादर करावीत.

दरपत्रक मागविण्याचे वेळापत्रक खालील प्रमाणे आहे.

अ.क्र.	बाब	कालावधी
1	दरपत्रक सादर करण्याचा कालावधी	दि.03.07.2026 ते दि.09.07.2026 (या कार्यालयीन कामकाजाच्या दिवशी व वेळेत, शासकीय व स्थानिक सुट्टीचे दिवस वगळून (सकाळी 10.00 ते सायंकाळी 5.00 वाजेपर्यंत)
2.	दरपत्रक उघडण्याचे ठिकाण	अधिष्ठाता, शासकीय आयुर्वेद रुग्णालय, जळगाव. श्री.गुलाबराव देवकर अभियांत्रिकी महाविद्यालय परिसर, शिरसोली रोड, जळगाव.425002.
3.	दरपत्रक उघडण्याचा दिनांक व वेळ	दिनांक 13.07.2026 रोजी दुपारी 3.00 वाजता.

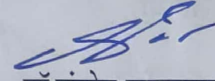
अटी व शर्ती

1.	सादर दरपत्रकांतर्गत रुग्णालयात रुग्णांना औषधी वितरण करण्यासाठी आवश्यक असलेले साईजचे पाकीट पुरवठादारांना पहावयाची असल्यास तशी मुभा पुरवठादारांना राहिल. आवश्यक असलेल्या साईजचे औषधी वितरण पाकीट पाहणी करुनच दरपत्रकात दर सादर करावेत. तसेच पुरवठा आदेश दिल्यानंतर रुग्णालयात औषधी वितरण पाकीट आणुन देण्याची जबाबदारी पुरवठादाराची राहिल. त्याकरिता अतिरिक्त रक्कम अदा केली जाणार नाही.
2.	दिनांक 09.07.2026 रोजी सांय 5.00 नंतर प्राप्त होणा-या दरपत्रकांचा विचार केला जाणार नाही.
3.	दरपत्रकाच्या पाकीटावर औषधी वितरण पाकीट असा स्पष्ट उल्लेख करावा.
4.	दरपत्रकात कोणत्याही प्रकारची खाडाखोड किंवा ओव्हररायटींग असता कामा नये.
5.	दरपत्रक सादर करणा-या दरपत्रकधारकाचा किंवा संस्थेचा दरपत्रक प्रक्रियेत भाग घेणा-या अन्य संस्थेमध्ये थेट स्वारस्य असू नये, तसे आढळल्यास दोन्ही किंवा अधिक दरपत्रके नाकारण्यात येतील. याकरीता सोबत जोडण्यात आलेली हमीपत्र दरपत्रकधारकास सादर करणे बंधनकारक राहिल. (हमी पत्र विहित नमुन्यात सादर करावे)
6.	दरपत्रक धारकांनी केवळ एकच दरपत्रक सादर करावे. दरपत्रक सादर केलेल्या दरपत्रक धारकाचा दरपत्रक प्रक्रियेत भाग घेतलेल्या इतर संस्थासोबत प्रत्यक्ष/अप्रत्यक्ष संबंध वा सहभाग नसावा. तसे आढळल्यास दरपत्रक नाकारण्यात येतील.
7.	दरपत्रकानुसार मंजूर करण्यात आलेल्या दराव्यतिरिक्त इतर कोणतेही दर देय होणार नाहीत.
8.	शा.निर्णय उद्योग व उर्जा विभाग दि.01.12.2016 मध्ये नमूद केल्यानुसार पुरवठादाराच्या बाबतीत खरेदीच्या कोणत्याही टप्प्यावर अनियमितता /गैरप्रकार/नैतिक अधःपतन इतरही बाबी निदर्शनास आल्यास त्याबाबत शासन निर्णयामध्ये नमूद केल्यानुसार कार्यवाही करण्यात येईल.



9.	पुरवठादाराच्या देयकांची रक्कम ऑनलाईन पध्दतीने त्यांचे बँक खात्यात जमा करण्यासाठी विहित नमुन्यातील राष्ट्रीयकृत बँक खाते प्रमाणीकरण प्रपत्र, पॅनकार्ड झेरॉक्स प्रत देणे आवश्यक राहिल. त्याशिवाय देयकाची रक्कम अदा करणे शक्य होणार नाही.
10.	अधिष्ठाता, शासकीय आयुर्वेद रुग्णालय, जळगांव हे सदर दर पत्रक स्विकारणे, रद्दकरणे, यशस्वी दरपत्रक स्विकारणाच्या पूर्वी किंवा यशस्वी दरपत्रक स्विकारण्यात आल्यानंतर देखिल कोणत्याही वेळी रद्द करण्याचे अधिकार तसेच खरेदी प्रक्रियेच्या अटी व शर्तीमध्ये कोणताही बदल करण्याचा अधिकार राखून ठेवत आहे.
13	Quotation received late (including postal delay) / in open condition not meeting the tender conditions/incomplete in any respect are liable to be rejected.
14	दरपत्रकासोबत खालील कागदपत्रे = सादर करणे आवश्यक आहे.

1. Aadhar Card
2. PAN card
3. GSTIN registration certificate
4. Shops Act or company registration Certificate.
5. Annexure-1 - Declaration by the Firm/Agency
6. Annexure-2 हमीपत्र-1 व हमीपत्र-2
7. Annexure-3 काळ्या यादीत न टाकल्याबाबत/बंदी न घातल्याबाबत निविदाकाराने करावयाच्या घोषणेचा नमुना
8. Annexure-4 - Details of other organizations



डॉ.संतोष गुलाबराव चव्हाण
अधिष्ठाता,
शासकीय आयुर्वेद रुग्णालय, जळगांव.

Envelope-1 : Technical QUOTATION

ANNEXURE- 1

Declaration by the Firm/Agency

This is to certify that I/We before signing this Quotation have read and fully understood all the terms and conditions contained herein and undertake myself/ourselves to abide by them.

(Signature of Firm with seal)

Name: Seal:

Address:

Date:

Phone No (O):



हमीपत्र -1 (Undertaking)

प्रति,
अधिष्ठाता,
शासकीय आयुर्वेद रुग्णालय, जळगांव.

मी,----- लेखी हमी देत आहे की, आपल्या कार्यालयामार्फत औषधी वितरण पाकीट करण्यासाठी राबविण्यात येत असलेल्या दरपत्रक प्रक्रियेत मी भाग घेत असून माझे किंवा माझ्या संस्थेचे खरेदी प्राधिकारी/खरेदी समिती वा कार्यालयाशी कोणत्याही प्रकारचे हितसंबंध/संघर्ष नाहीत तसे आढळून आल्यास माझे दरपत्रक नाकारण्यात यावे वा अपात्र समजण्यात यावे.

स्थळ :

दिनांक :

पुरवठादाराचा अधिकृत स्वाक्षरी व शिक्कांसहित

हमीपत्र-2 (Undertaking)

प्रति,
अधिष्ठाता,
शासकीय आयुर्वेद रुग्णालय, जळगांव.

मी -----लेखी हमी देत आहे की, आपल्या कार्यालयामार्फत औषधी वितरण पाकीट करण्यासाठी राबविण्यात येत असलेल्या दरपत्रक प्रक्रियेत मी/माझी संस्था केवळ एकच दरपत्रक सादर करीत आहे. त्याचप्रमाणे दरपत्रक प्रक्रियेत भाग घेण्या-या अन्य संस्थांसोबत माझा/माझ्या संस्थेचा कोणत्याही प्रकारचा प्रत्यक्ष/अप्रत्यक्ष संबध वा सहभाग नाही तसे आढळून आल्यास माझे दरपत्रक नाकारण्यात यावे वा अपात्र समजण्यात यावे.

स्थळ :

दिनांक :

पुरवठादाराचा अधिकृत स्वाक्षरी व शिक्कांसहित

काळया यादीत न टाकल्याबाबत/बंदी न घातल्याबाबते घोषणापत्र

प्रति,
अधिष्ठाता,
शासकीय आयुर्वेद रुग्णालय, जळगांव.

मी,----- लेखी हमी देत आहे की, आपल्या कार्यालयामार्फत औषधी वितरण पाकीट करण्यासाठी राबविण्यात येत असलेल्या दरपत्रक प्रक्रियेत मी भाग घेत असून माझ्या संस्थेला काळया यादीत टाकण्यात आलेले नाही अथवा माझ्या संस्थेवर कोणत्याही प्रकारची बंदी घालण्यात आलेली नाही. तसेच आढळून आल्यास आल्यास माझे दरपत्रक नाकारण्यात यावे वा अपात्र समजण्यात यावे.

स्थळ :

दिनांक :

पुरवठादाराचा अधिकृत स्वाक्षरी व शिक्कांसहित

Envelope-1 : Technical QUOTATION

Annexure-4

कंपनीच्या लेटरहेडवर खालील नमूद तपशिलाप्रमाणे माहिती भरणे

Sr.No.	Description Particular	Description Particular
१	Name of the Firm	
२	Year of establishment	
३	Registration Number with a copy of registration certificate	
४	Registered Postal Address	
५	a) Name and address of Directors, in case of Company b) Name and address of Sole Proprietor c) Name and address of partners, in case of partnership firm	
६	a) Name and designation of authorized signatory b) Address for communication c) Contact details:- १. Phone:- २. Mobile:- ३. Email	

स्थळ :

दिनांक :

पुरवठादाराचा अधिकृत स्वाक्षरी व शिक्कांसहित

: FINANCIAL QUOTATION (सदर कोटेशन सिलंबद पाकीटात सादर करावे)

अ.क्र	साहित्याचे नाव	प्रति नग/संख्या	Price Per unit with GST	Total Amount with GST
1	कागदी पाकीट 2.5" x 3.5"	1000		
2	कागदी पाकीट 4" x 4"	1000		

Name:.....

Signature :.....

Date _____.

Firm's Seal:

