OFFICE OF THE DIRECTOR GENERAL
SICKLE CELL INSTITUTE CHHATTISGARH, RAIPUR (ESTD. 2013)
(An Autonomous Institute of Govt. of Chhattisgarh), Reg.No. 4453

क्रमांक /439/SCIC/क्रय/2023–24 रायपुर, दिनांक 25/08/2023

**परिशिष्ट–3**
**नियम 4.4.2**
**//निविदा सूचना प्रारूप//**

कार्यालय महानिदेशक, सिकल सेल संस्थान छत्तीसगढ़, रायपुर हेतु दवाईयां एवं कज्युमेबल्स सामग्रीयां क्रय किए जाने हेतु इच्छुक निर्माताओं तथा उनके अधिकृत विक्रेताओं से मुहरबंद निविदाएं आमंत्रित की जाती है। निविदा प्रपत्र अधोहस्ताक्षकर्ता कार्यालय में आवेदन प्रस्तुत कर (आयकर प्रमाण पत्र सहित) निविदा शुल्क रूपये 1,000/– (अक्षरी– एक हजार रूपये) महानिदेशक, सिकल सेल संस्थान छत्तीसगढ़, रायपुर के नाम से दये डी.डी जमा कर कार्यालय दिवस में प्राप्त किया जा सकता है।

| | |
|---|---|
| निविदा प्रपत्र विक्रय की अंतिम तिथि | :दिनांक 25.09.2023 दोपहर 12:00 बजे तक |
| निविदा जमा करने की अंतिम तिथि | :दिनांक 25.09.2023 समय दोपहर 02:00 बजे तक |
| निविदा खोलने की तिथि | :दिनांक 25.09.2023 समय दोपहर 03:00 बजे |

(निविदा प्रपत्र संस्थान के वेबसाइट www.scic.cg.nic.in से भी प्राप्त किया जा सकता है।)

25/8/23
**महानिदेशक**
**सिकल सेल संस्थान छत्तीसगढ़**
**रायपुर**

पृ.क्रमांक /440/SCIC/क्रय/2023–24 रायपुर, दिनांक 25/08/2023
प्रतिलिपि :–

1. महाप्रबंधक, छत्तीसगढ़ संवाद, अटल नगर, नवा रायपुर छ.ग की आरे प्रदेश स्तरीय बहुप्रचारित 02 एवं राष्ट्रीय स्तर के 01 समाचार पत्रों में प्रकाशन हेतु सम्प्रेषित है।
2. सहायक कम्प्यूटर प्रोग्रामर, सिकल सेल संस्थान छ.ग. की ओर निविदा प्रपत्र संस्थान के वेससाइट www.scic.cg.nic.in से अपलोड करने हेतु सूचनार्थ एवं पालनार्थ।

25/8/23
**महानिदेशक**
**सिकल सेल संस्थान छत्तीसगढ़**
**रायपुर**

# दवाओं एवं कंज्युमेबल्स हेतु
# खुली निविदा आमंत्रण

निविदा सूचना क्रमांक 437 / SCIC / क्रय / 2023 रायपुर दिनांक 23 / 08 / 2023

/ /निविदा प्रपत्र/ /

| | |
|---|---|
| निविदा प्रपत्र शुल्क | रूपए 1,000 / – |
| निविदा प्रपत्र जाम करने की अंतिम तिथि | दिनांक 25 / 09 / 2023 अपरान्ह 02 बजे |
| निविदा खोलने की तिथि | दिनांक 25 / 09 / 2023 अपरान्ह 03 बजे |


सिकल सेल संस्थान छत्तीसगढ़, रायपुर

पुराना रेड क्रॉस ब्लड बैंक, मेडिकल कॉलेज परिसर, जेल रोड, रायपुर

फोन नं 0771–2885505, वेब साईट– **www.scic.nic.in**

ई–मेल **scic.purchase@gmail.com**

## निविदादाताओं के लिए आवश्यक निर्देश :–

निविदा की प्रक्रिया दो चरण में किया जाना होगा। प्रथम चरण प्रीक्वालिफिकेशन/टेक्निकल बिड तथा द्वितीय चरण प्राईस बिड अलग–अलग लिफाफा में प्रस्तुत किया जाना होगा, और दोनों लिफाफा एक बड़े लिफाफा में डालकर लिफाफे में निविदा क्रमांक लिखकर स्पीड पोस्ट/रजिस्र्ट डाक/पी एण्ड टी विभाग द्वारा अधिकृत कोरियर या व्यक्तिगत रूप से कार्यालय में निर्धारित तिथि एवं समय के पूर्व उपस्थित होकर प्रस्तुत किया जाना होगा। निविदा शुल्क वापसी योग्य नहीं होगी।

1. निविदा छत्तीसगढ़ शासन भण्डार क्रय नियम 2002 (यथा संशोधित) के तहत आमंत्रित की जा रही है। छत्तीसगढ़ शासन भण्डार क्रय नियम 2002 (यथा संशोधित) के सभी नियम लागू होगें।
2. यह निविदा मुख्यतः जेनेरिक दवाओं एवं कज्युमेबल्स के लिए आमंत्रित की गयी है।
3. यह निविदा प्रतिष्ठित निर्माता कंपनी तथा उनके द्वारा अधिकृत विक्रेताओं के लिए आमंत्रित की जा रही है।
4. प्रदाय की जाने वाली दवा एवं कज्युमेबल्स निर्माता कंपनी GMP/FDA/ISO/WHO से प्रमाणित होना अनिवार्य है।
5. निविदा प्राधिकृत प्रतिनिधियों की उपस्थिति में निर्धारित अवधि में खोली जायेगी।
6. निविदादाता द्वारा अधिरोपित किसी प्रकार के नियम एवं शर्ते मान्य नहीं होगी।
7. निविदादाता दवाओं एवं कंज्युमेबल्स के **दर मुख्यतः प्रति नग** के अनुसार की अंकित करें।
8. निविदादाता को अपने समस्त दस्तावेजों में पेज क्रमांक तथा हस्ताक्षर सील सहित अनिवार्य रूप से अंकित करें।

**निविदा प्रक्रिया :–** निविदा दो चरणों में होगा।

1/ **चरण 01 –** प्रीक्वालिफिकेशन/टेक्निकल बिड का होगा जिसमें फर्मो द्वारा अर्हता संबंधी दस्तातेज प्रस्तुत किया जाना होगा। प्रीक्वालिफिकेशन/टेक्निकल बिड में जिस फर्म को योग्य पाया जायेगा वह आगे द्वितीय चरण के लिए योग्य होगा।

2/ **चरण 02 –** प्राईस बिड का होगा। प्रीक्वालिफिकेशन/टेक्निकल बिड में योग्य निविदादाताओं का प्राईस बिड खोला जाएगा एवं अवलोकन किया जायेगा। तत्पश्चात् निविदादाताओं द्वारा प्रस्तुत दरों का तुलनात्मक पत्रक तैयार कर न्यूनतम दर (एल–01) निर्धारित किया जायेगा। न्यूनतम दर (एल–01) प्रदायकर्ता फर्मो से अनुबंध निष्पादित कर क्रय आदेश जारी किया जायेगा।

- **(A) प्री–क्वालीफिकेशन/टेक्निकल बिड हेतु आवश्यक दस्तावेज की सूची –**

i. निविदा प्रपत्र शुल्क 1000/– (एक हजार रूपए मात्र) का रसीद।

ii. निविदाकार EMD (सुरक्षा निधि) राशि रू. 50,000/– (पचास हजार रूपए मात्र) का महानिदेशक, सिकल सेल संस्थान छत्तीसगढ़, रायपुर के पक्ष में जमा करना होगा।

23-8-23 23.8.23 23/8/23

3

iii. निविदादाता का नाम एवं संपूर्ण पता टेलीफोन, मोबाइल, फैक्स नंबर एवं ईमेल–आईडी, एड्रेस (संबंधित दस्तातेज सहित) जमा करना होगा।

iv. निविदादाता का पेन कार्ड नंबर।

v. वैध जी.एस.टी सर्टिफिकेट।

vi. निर्माता कंपनी को दवाईयों के मेन्युफेक्चरिंग, स्टाकिंग, सेलिंग, एवं डिस्ट्रीब्यूशन का जीवित ड्रग लाईसेंस/जीवित मेन्युफेक्चरिंग लायसेंस, लाईसेंसिन्ग अथारिटी के द्वारा दिया गया अनिवार्य होगा। **(केवल निर्माता कंपनी के लिए)**

vii. अधिकृत विक्रेताओं का वैध ड्रग लाईसेंस होना अनिवार्य है।

viii. प्रतिष्ठान/संस्थान के व्यवसायिक उपयोग हेतु एजेंसी फर्म/प्रोप्राईटर (मालिक) को संबंधित क्षेत्र नगरपालिक/नगर निगम द्वारा प्रदत्त गोमास्ता पंजीयन/अनापत्ति/सहमति पत्र का वैध पंजीयन प्रमाण–पत्र।

ix. कर समाशोधन प्रमाण पत्र विगत 3 वर्षो का। (GST Clearence Certificate)।

x. सी.ए. द्वारा प्रमाणित 03 वर्षो का टर्न ओवर प्रमाण पत्र।

xi. शासकीय चिकित्सालयों में प्रदाय का अनुभव प्रमाण–पत्र धारी को प्राथमिकता दी जावेगी।

xii. अधिकृत डिस्ट्रीब्यूटर्स को निर्माता कंपनी से प्राप्त वैध प्राधिकृत प्रमाण पत्र (Valid Authorization Certificate) जिसमें प्राधिकृत प्रमाण पत्र संलग्न करना अनिवार्य होगा। (प्रपत्र 2 अनुसार)

xiii. जिस कंपनी के दर प्रस्तुत किए जा रहे है उससे संबंधित कंपनी का WHO,ISO, GMP,FDA,CE का वैध सर्टिफिकेट संलग्न करना अनिवार्य होगा।

xiv. दवा एवं कंज्युमेबल निर्माता कंपनी को एक वर्ष में रू. दो करोड़ एवं अधिकृत विक्रेताओं को एक वर्ष में पचास लाख के दवा एवं कंज्युमेबल्स वार्षिक विक्रय (C.A. Certified Turn Over) का प्रमाण पत्र प्रपत्र 03 अनुसार मूल प्रति में जमा करना होगा।

xv. शपथ पत्र (दिये हुए प्रपत्र 01 में) जमा करना अनिवार्य होगा।

- **(B) प्राईस बिड हेतु आवश्यक शर्ते –**

i. **प्राईस बिड कम्प्यूटर टाईप होना चाहिए, हस्तलिखित एवं व्हाईटनर प्रयोग किया हुआ प्राईस बिड स्वीकार नहीं किया जावेगा।**

ii. संलग्न सूची अनुसार (दवाओं एवं कंज्युमेबल्स की सूची) दर निम्न प्रारूप प्रपत्र –04 में ही प्रस्तुत किया जाना होगा। अन्य प्रारूप स्वीकार नहीं किया जावेगा। जी.एस.टी का स्पष्ट उल्लेख होना अनिवार्य है।

iii. संलग्न प्रपत्र – 04 कॉलम ................में जिस कंपनी/मेक (As Per Valid Authorization Certificate) का दर प्रस्तुत किया जा रहा है उल्लेखित होना अनिवार्य है। अन्यथा तुलनात्मक प्रपत्र में शामिल नहीं किया जावेगा।

iv. दवा एवं कंज्युमेबल्स का दर निम्नानुसार प्रपत्र में प्रति इकाई में दर से प्रस्तुत किया जना अनिवार्य है।

v. एम.आर.पी का उल्लेख होना अनिवार्य है।

23-8-23    23-8-23    23/8/23

## निविदा की शर्ते

1. संपूर्ण भारत के निर्माता कंपनी, अधिकृत विक्रेता/थोक विक्रेता/प्रदायकर्ता जो वैध ड्रग लाईसेंधारी, दवा निर्माता कंपनी GMP/FDA/ISO/WHO/CE से प्रमाणित हो तथा निविदा में निहित शर्तो को पूर्ण करते हो इस निविदा में भाग लेने हेतु योग्य है।
2. **निविदा में प्रत्येक दवा एवं कज्युमेबल्स की इकाई दर केन्द्रीय शासन अथवा राज्य शासन के द्वारा निर्धारित दर एवं अधिकतम खुदरा मूल्य से अधिक नहीं होना चाहिए।**
3. महानिदेशक, सिकल सेल संस्थान छत्तीसगढ़, रायपुर उक्त निविदा को बिना किसी कारण दर्शाये, किसी एक मद अथवा संपूर्ण निविदा को स्वीकार करने अथवा निरस्त करने का पूर्ण अधिकार सुरक्षित रखते है।
4. प्रथम न्यूनतम दर/एल 01, द्वितीय न्यूनतम दर/एल 02 तृतीय न्यूनतम दर/ एल 03 का निर्धारण निविदादाता द्वारा प्रस्तुत किए गए दरों के तुलनात्मक अध्ययन के उपरांत किया जायेगा। न्यूनतम दर के निर्धारण में महानिदेशक एवं क्रय समिति का निर्णय अंतिम एवं सर्वमान्य होगा।
5. निविदा की स्वीकृत न्यूनतम दरों पर दवा एवं कज्युमेबल्स प्रदाय नहीं करने की स्थिति में संबंधित निविदाकार द्वारा जमा की गई अमानत राशि को राजसात कर ली जाएगी एवं ब्लैक लिस्टेट किया जाएगा। इस संबंध में किसी भी प्रकार का अभ्यावेदन स्वीकार्य नहीं होगा।
6. अधिकृत विक्रेता/निविदादाता द्वारा प्रपत्र – 04 के कॉलम में जिस कंपनी का दर प्रस्तुत किया जा रहा है उसी कंपनी के औषधी प्रदाय करने हेतु बाध्य होगा।
7. निविदा की अवधि दर अनुबंध होने की तिथि से 12 माह तक रहेगी। अति आवश्यक होने की स्थिति में दोनों पक्षों के सहमति पर निविदा अवधि में वृद्धि की जा सकती है।
8. दर अनुबंध हेतु 100 रू. के नॉन जूडिशियल स्टाम्प पर निविदा शर्तो के अनुसार कार्यालयीन प्रारूप अनुरूप अनुबंध संपादित कर प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा।
9. निविदाएं खोले जाने के बाद निविदाकार को लिपिकिय अथवा मुद्रलेखकीय त्रुटि के लिए सुधारने का अवसर नही दिया जावेगा। इस संबंध में निविदादाता द्वारा प्रस्तुत किसी भी प्रकार का अभ्यावेदन स्वीकार्य नहीं होगा।
10. क्रय समिति निविदादाता द्वारा प्रस्तुत दस्तावेजों की अभिप्रमाणित छायाप्रति को मूलप्रति से मिलान/सत्यापन करने का अधिकार सुरक्षित रखती है। इसलिए प्रस्तुत समस्त **संबंधित दस्तावेजों की मूल प्रति साथ में लाना अनिवार्य होगा।**
11. दवा एवं कज्युमेबल्य मांग तथा आवश्यकतानुसार एवं शासन से समय–समय पर प्राप्त निर्देशानुसार क्रय किया जायेगा।
12. निविदादाता को क्रय आदेश के विरूद्ध प्रत्येक प्रदायगी के साथ गुणवत्ता संबंधी पत्र (QA/QC Certificate) संलग्न करना अनिवार्य होगा। निर्माता कंपनी/फर्म यह सुनिश्चित करें कि प्रदाय किये जाने वाले सभी दवाईयों के बैच नम्बर का शासन द्वारा अधिकृत/नामांकित या एनएबीएल पंजीकृत लैब से टेस्ट कराकर अनिवार्यतः QA सर्टिफिकेट प्रदाय करेंगे।

23-8-23 23-8-23 23/8/23

13. **क्रय हेतु आदेशित दवाईयां 10 दिवस की अवधि के अंदर संपूर्ण माप–दण्ड के अनुसार प्रदाय करना अनिवार्य होगा।** विलंब की स्थिति में संस्थान को नियमानुसार कार्यवाही का अधिकार होगा। क्रय आदेश के अनुरूप प्रदाय नहीं किये जाने की स्थिति में प्रदायित दवाओं एवं कज्युमेबल्स को स्वीकार नहीं करने एवं आदेश निरस्त करने का अधिकार महानिदेशक, सिकल सेल संस्थान छ.ग. रायपुर के पास सुरक्षित एवं सर्वमान्य रहेगा। गुणवत्ताहीन/अमानक स्तर की दवाएं एवं कज्युमेबल्स प्रदाय करने पर दवा एवं कज्युमेबल्स अस्वीकृत करते हुए क्रय आदेश निरस्त छ.ग. वाणिज्य विभाग को उक्त फर्म के काली सूची में निर्दिष्ट करने की अनुशंसा की जावेगी एवं अमानत राशि राजसात कर दी जावेगी।
14. निविदादाता द्वारा प्रदाय की गई दवाईयों की गुणवत्ता निम्न स्तर की अथवा हानिकारक अथवा अशुद्ध पायी गई तो निविदादाता द्वारा जमा की गई अमानत राशि राजसात कर ली जाएगी तथा ब्लेक लिस्टेट करते हुए अनुशासनात्मक कार्यवाही की जावेगी। जिसके लिए प्रदायकर्ता फर्म स्वयं जिम्मेदार होगा।
15. **निविदादाता द्वारा प्रस्तुत दर खूदरा बाजार मूल्य से तथा किसी भी अन्य शासकीय संस्थान को प्रदाय किये गए दर से या शासन के द्वारा निर्धारित दर से अधिक नहीं होना चाहिए। यदि निविदादाता द्वारा उससे कम दर पर दवाईयां प्रदाय की जा रही होगी, तो महानिदेशक, सिकल सेल संस्थान छ.ग. को यह अधिकार होगा कि उन कम दरों पर ही दवाईयां एवं कज्युमेबल्स का भुगतान करें।**
16. निविदादाता को पूर्व में छत्तीसगढ़ शासन अथवा केन्द्रीय शासन अथवा किसी अन्य राज्य शासन द्वारा काली सूची में नहीं रखा गया हो।
17. निविदादाता को वाणिज्यकर विभाग का पंजीयन प्रमाण–पत्र, आयकर चुकता प्रमाण–पत्र, पेन कार्ड की छायाप्रति एवं ड्रग लायसेंस जिसका पंजीयन जीवित हो कंपनी/फर्म का अधिकृत प्रमाण–पत्र की स्पष्ट छायाप्रति को सत्यापित कराकर जमा करना अनिवार्य है।
18. निविदा खुलने के दिन निविदादाता या उनके द्वारा अधिकृत एक प्रतिनिधि (अधिकृत प्रमाण–पत्र सहित) उपस्थित हो सकते हैं।
19. सफल निविदादाता दवाओं एवं कज्युमेबल्स की आपूर्ति हेतु अनुबंध होने के बाद किसी भी कारण से अनुमोदित दरों में अनुबंध अवधि के दौरान किसी भी प्रकार परिवर्तन नहीं कर सकेगा।
20. सफल निविदादाताओं द्वारा जमा करायी गई अमानत राशि का एफ.डी.आर निविदा समाप्ति तक जमा रखा जाएगा। जिस पर किसी भी प्रकार ब्याज देय नहीं होगा तथा शेष निविदादाताओं की अमानत राशि निविदा की पूर्ण प्रक्रिया के बाद 30 दिवस के उपरांत लिखित आवेदन–पत्र के बाद वापस किया जाएगा।
21. सिकल सेल संस्थान छ.ग., रायपुर में निरंतर रूप से आपूर्ति बनाये रखने के लिए (यदि दर समान हो तो) क्रयादेशों को एक से अधिक प्रदायकर्ताओं में एल–01 दर पर विभक्त कर सकेगा, जिसके लिए किसी भी प्रकार का अभ्यावेदन स्वीकार नही होगा।
22. निविदा में कुल दर (सभी कर एवं खर्च सहित जिसमें सभी प्रकार के करों का स्पष्ट उल्लेख होना चाहिए) सामग्रियों का F.O.R संस्थान के भण्डार शाखा (Door Delivery) के

23-8-23 23.8.23 23/8/23

लिए होना चाहिए। किसी भी प्रकार का अतिरिक्त भाड़ा अथवा अन्य व्यय मान्य नहीं होगा।

23. मानक गुणवत्ता की दवाओं जिसे प्रमाणीकरण हेतु कही भी भेजे जाने का व्यय प्रदायकर्ता फर्म को वहन करना होगा। यदि गुणवत्ता परीक्षण में असफल/गुणवत्ताहीन होने की दशा में प्रदायकर्ता नये बैच की दवा 15 दिवस के भीतर बदल कर देगी, यदि प्रदायकर्ता ऐसा नहीं करता है तो उस फर्म को नियमानुसार अयोग्य (कालीसूची में सम्मिलित किया जायेगा) घोषित कर दिया जायेगा। जिसके संबंध में किसी भी प्रकार का आवेदन मान्य नहीं होगा तथा कानूनी कार्यवाही की जायेगी तथा अमानत राशि राजसात कर दी जावेगी।

24. समस्त प्रदाय की जाने वाली दवाईयां एवं कज्युमेबल्स में MRP, MfG Date, Exp Date लिखा होना अनिवार्य है। निर्माण तिथि के अधिकत्तम दो माह के अन्दर ही सामग्री प्रदान किया जाना चाहिए तथा न्यूनतम अवसान तिथि 01 वर्ष से कम स्वीकार नहीं होगी। यदि किसी सामग्री की अवसान तिथि 01 वर्ष से कम ही निर्धारित है इस संबंध में प्रदायकर्ता फर्म को प्रमाण–पत्र प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा।

25. निविदादाता यदि आदेश में दर्शायी कंपनी को बदलकर अन्य कंपनियों की दवाईयां या कज्युमेबल्स प्रदाय करता है तो महानिदेशक, सिकल सेल संस्थान छ.ग. को दवाईयां या कज्युमेबल्स स्वीकृत या अस्वीकृत करने का अधिकार सुरक्षित रखता है एवं नियमानुसार अंतर की वसूली की जावेगी।

26. क्रय आदेश अनुरूप दवाईयों एवं कज्युमेबल्स की पूर्ति स्वीकृत दर के अनुसार निर्धारित समयावधि में नहीं किये जाने की स्थिति में शासकीय नियमानुसार अर्थदण्ड की कार्यवाही की जावेगी तथा अन्य स्त्रोतों से क्रय किये जाने पर अधिकतम देय राशि की वसूली स्वीकृत निविदादाता के द्वारा जमा धरोहर राशि से की जावेगी एवं ब्लेक लिस्ट किये जाने की कार्यवाही की जायेगी।

27. निविदा में संलग्न समस्त दवाओं एवं कज्युमेबल्स का क्रयादेश जारी करने के लिए अधोहस्ताक्षरकर्ता बाध्य नहीं है। इस संबंध में किसी प्रकार का अभ्यावेदन मान्य नहीं होगा।

28. निविदाकार को समस्त क्रय आदेशित दवाओं एवं कज्युमेबल्स क्रय आदेशानुसार निर्धारित समयावधि में अनिवार्य रूप से संस्थान के स्टोर शाखा में स्वयं के व्यय पर पहुंचाकर देना होगा। निश्चित समयावधि में सामग्री प्रदाय न करने की स्थिति में एल 02 फर्म से क्रय की कार्यवाही कर उसके अंतर की राशि एल 01 फर्म की धरोहर राशि/देयक से कटौति कर वसूली की जावेगी। क्रय आदेश का न्यूनतम मूल्य रू. 100/– होने पर भी निश्चित समयावधि में सामग्री प्रदाय करना अनिवार्य होगा।

29. कोई भी निविदाकार किसी ऐसे दवा के लिए दरें नहीं प्रस्तुत करेगा, जिन्हें पूर्व में छत्तीसगढ़ शासन अथवा केन्द्रीय शासन अथवा किसी अन्य राज्य शासन द्वारा काली सूची में सम्मिलित अथवा प्रतिबंधित हो।

30. अनुबंध अवधि में यदि शासकीय आदेश अथवा निविदाता/निर्माता ईकाई के द्वारा, निविदा में उल्लेखित दवा एवं कज्युमेबल्स की दरें कम होती है तो निविदाकार यह दर सूचित करने तथा इस कम दर पर उल्लेखित दवा एवं कज्युमेबल्स की पूर्ति करने के

23-8-23 28-8-23 23/8/23

लिए वैधानिक रूप से बाध्य होगा तथा यह दर सूचना की दिनांक से प्रभावी होगी। निविदाकार द्वारा सूचना नहीं दिये जाने पर महानिदेशक, सिकल सेल संस्थान छ.ग. स्ययं इस विषय में निर्णय लेने के लिए अधिकृत होंगे।

31. निविदा में छ.ग. शासन भण्डार क्रय नियम 2002 यथा संशोधित 2023 के सभी नियम लागू होंगे।

32. अनुबंध की शर्तो का पालन नहीं करने पर निविदाकार को अगले पांच वर्षो के लिए अयोग्य घोषित कर दिया जायेगा एवं काली सूची में डाल दिया जायेगा।

33. क्रय समिति "निविदा शर्तो" में आवश्यकतानुसार एवं संस्थान के हित में संशोधित तथा शिथिलिकरण कर सकेगी।

34. सभी प्रदायगी के साथ क्रय आदेश की प्रति, देयक की मूलप्रति, प्रदाय पत्र/चालान होना अनिवार्य है।

35. **भुगतान व्यवस्था (Payment Provisions)**

i. महानिदेशक, सिकल सेल संस्थान छत्तीसगढ़, रायपुर प्रदाय आदेश के विरूद्ध भुगतान हेतु सक्षम अधिकारी होंगे।

ii. क्रय आदेश के विरूद्ध कोई अग्रिम राशि का भुगतान नहीं किया जायेगा।

iii. संबंधित मद में पर्याप्त बजट आबंटन उपलब्ध होने की स्थिति में ही भुगतान किया जायेगा।

iv. राशि का भुगतान प्रदायगी देयक तथा प्राप्तकर्ता के प्रपत्रों के आधार पर ही किया जायेगा।

v. राशि का भुगतान पूरी तरह से छत्तीसगढ़ शासन के भण्डार क्रय नियमों के अंतर्गत किया जायेगा।

vi. यदि प्रदायगी टूटफूट अथवा हानि की स्थिति में प्राप्त होती है तो उसे अस्वीकार कर दिया जावेगा।

vii. क्रय आदेश के अनुरूप दवाईयां एवं कज्युमेबल्स पूर्णतः प्राप्त होने पर ही भुगतान की कार्यवाही की जावेगी।

23-8-23

23.8.23.

23/8/23.

## निविदादाता द्वारा भरा जावे और प्रीक्वालीफिकेशन लिफाफा में तकनीकी दस्तावेजों के साथ अनिवार्यतः संलग्न करे।

| क्र. | दस्तावेज | विवरण | पेज नं. |
|---|---|---|---|
| 1 | निविदादाता का नाम<br>फर्म का नाम<br>फर्म का पता<br>मोबाइल नं.<br>ई–मेल एड्रेस<br>निविदा प्रपत्र शुल्क राशि 1000 / – | | |
| 2 | अमानत राशि 50,000 / – एफ.डी.आर | | |
| 3 | वैध प्रतिष्ठान स्थापना प्रमाण पत्र / गुमास्ता | | |
| 4 | अधिकृत विक्रेता का वैध ड्रग लाईसेंस | | |
| 5 | निर्माता कंपनीयों का जीवित लाईसेंस तथा भंडार, बिक्री निर्माण, वितरण संबंधी अनुमति प्रमाण पत्र (केवल निर्माता कंपनी) | | |
| 6 | जी.एस.टी सर्टिफिकेट जी.एस.टी समाशेधन प्रमाण पत्र | | |
| 7 | FY 2019-20, 2020-21, 2021-22 का टर्न ओवर सर्टिफिकेट (दिये गये प्रारूप में) | | |
| 8 | निविदाकार के पेन कार्ड की सत्यापित छायाप्रति | | |
| 9 | शपथ पत्र दिये हुए प्रारूप | | |
| 10 | अधिकृत विक्रेता / डिस्ट्रीब्यूटर होने संबंधि मूल प्रमाण पत्र (दिये गए प्रारूप) | | |
| 11 | दवा निर्माता कंपनी का WHO, ISO, GMP, FDA, CE Certificate | | |
| 12 | अन्य वांछित दस्तावेज | | |

23-8-23

23.8.23

23/8/23

प्रपत्र 01

**(निम्न घोषण पत्र 100 रू. के नॉन जूडिशियल स्थाम्प पेपर पर नोटरी से नोटराईज्ड कराकर प्रस्तुत करना अनिवार्य है।)**

**शपथ पत्र Letter of Acceptance**

मैं/हम..........................................................कंपनी/फर्म का नाम....................................पता............ ..........................................जीवित जीएसटी नंबर..........................................जो कि निविदादाता है, मै/हम कार्यालय महानिदेशक, सिकल सेल संस्थान छ.ग., रायपुर के निविदा क्रमांक............. .................हेतु दवा एवं कज्युमेबल्स प्रदाय करने के संबंध में निम्नानुसार घोषणा करता/करती हूँ /है कि :–

1. यह कि मेरे/हमारे दी गई जानकारी सत्य एवं सही है। इस संदर्भ में संस्थान को जब इस निविदा के संदर्भ में किसी अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता होगी, मेरे/हमारे द्वारा प्रदाय की जावेगी।
2. यह कि हम Tenderer के बिना कारण बताए निविदा के स्वीकृत करने अथवा अस्वीकार करने के अधिकार को स्वीकार करते है।
3. यह कि उक्त निविदा में निहित समस्त निर्देशों, नियम एवं शर्ते को मैने/हमने पढ़कर तथा समझकर निविदा भरी है। उक्त निविदा में निहित समस्त नियम एवं शर्ते (कंडिका 01 से कंडिका 34 तक) मुझे/हमें मान्य है। यदि मेरे/हमारे उक्त निविदा निहित नियम एवं शर्तो की अवमानना की जाती है तो मेरे द्वारा जमा की गई अमानत राशि राजसात कल ली जाए एवं मुझे/हमें ब्लेक लिस्टेट किया जाए। जिसके लिए मै/हम सहमत हूँ/हैं।
4. यह कि मेरे/हमारे द्वारा उक्त निविदा में जो न्यूनतम दरें दी जा रही है वह खूदरा बाजार मूल्य से तथा किसी भी अन्य शासकीय संस्था को प्रदाय किये गए दर से या शासन द्वारा निर्धारित दर से अधिक नहीं है। मेरे/हमारे द्वारा उक्त निविदा में प्रस्तुत न्यूनतम दर से कम दर पर निविदा अवधि तक किसी भी राज्य शासन/केन्द्र शासन के किसी भी उपक्रम/संस्था को प्रदाय नहीं करेंगे। यदि मेरे/हमारे द्वारा उससे कम दर पर दवाईयां एवं कज्युमेबल्स प्रदाय की जा रही होगी, तो महानिदेशक, सिकल सेल संस्थान छत्तीसगढ़, रायपुर को यह अधिकार होगा कि उन कम दरों पर ही दवाईयां एवं कज्युमेबल्स के देयकों का भुगतान होगा। जो मुझे/हमें स्वीकार्य है।
5. यह कि मेरे/हमारे द्वारा प्रदाय की गई दवाईयां एवं कंज्युमेबल्स की गुणवत्ता निम्न स्तर अथवा हानिकारण अथवा अशुद्ध पायी जाती है तो मेरे द्वरा जमा की गई अमानत राशि को राजसात कर ली जाए एवं मुझे/हमें ब्लेक लिस्टेड किया जाए एवं की जाने वाली कार्यवाही के लिए मैं/हम सहमत हूँ/है।
6. यह कि मुझे/संस्थान को किसी भी केन्द्र/राज्य/अर्द्धशासकीय/संस्था द्वारा कालीसूची में सम्मिलित नहीं किया गया है एवं किसी प्रकार का पुलिस/अपराधिक प्रकरण पंजीबद्ध नहीं है।
7. यह कि मै/हम स्वीकृत न्यूनतम दरों पर एक वर्ष या संस्था द्वारा निर्धारित अवधि तक दवाओं एवं कज्युमेबल्स प्रदाय करने हेतु सहमत हूँ/है। मेरे/हमारे द्वारा प्रस्तुत स्वीकृत

23-8-23 23.8.23 23/8/23

न्यूनतम दरों पर दवाईयां एवं कज्युमेबल्स प्रदाय नहीं करने की स्थिति में मेरे द्वारा जमा की गई अमानत राशि को राजसात कल ली जाए एवं मुझे/हमें ब्लेक लिस्टेड किया जाए। जिसके लिए मैं सहमत हूॅ।

निविदादाता

हस्ताक्षर

हस्ताक्षरकर्ता का पूरा नाम एवं पता

प्रपत्र 02

(11)

AUTHORIZATION CERTIFICATE

No. Date:

To,

Director General .
Sickle Cell Institute Chhattisgarh
Raipur (C.G.)

Respected Sir/Madam,

Authority letter against tender enquiry no……………………due on………………………………

Name of item quoted ( list Include)*……………………………………… we………………… who are established and reputed manufacturer of……………………………… having factory at……………………………and hereby authorize M/s……………………………………………

(Name & Address of Distributors/Dealers) date………………to…………………… End date of authorization) Bid, Negotiate and concluded the contract with your Institution against above tender for the above goods manufactured by us.

Yours Faithfully
(Signature & Name of Manufactured)
( With Address & Seal)

*(NOTE: This letter of Authorization should be on the letter head of the manufacturing concern and should be signed by a person competent and having the Authorization to issue said certificate on behalf of the manufacturing firm. The said certificate* ***should also bear the signature of the participating bidder as a witness & should be submitted orginal.)***

23-8-23

23-8-23

23/8/23

प्रपत्र 03

**On the letter pad of Chartered Accountant**

This is to certify that the total turnover in the case of M/s……………………………………having PAN……………………………………is as under

| Financial Year/Period | Amount in Rupees (Figures) | Amount in Rupees (Words) |
|---|---|---|
| 2019-20 | | |
| 2020-21 | | |
| 2021-22 | | |
| Total | | |

Average= Total/3

It is further certified that the above mentioned amount have been derived from the book of accounts presented us for the above mentioned periods.

**Chartered Accountants**

13

प्रपत्र 04 (प्राईस बिड)

A. **Consumable, Chemical, Reagents Kits-**

| S.No | Name of Items | Specification/ Strength | Make | MRP | Basic Rate | GST% | GST Amount | Total Amoun |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Syringe 2.5 ml | - | Dispovan | | | | | |
| 2 | Syringe 5 ml | - | Dispovan | | | | | |
| 3 | Plain vail 5 ml | With sticker | | | | | | |
| 4 | Butter fly syringe | Sclalp vein set 24 NG | | | | | | |
| 5 | Lancet | 30G | SW | | | | | |
| 6 | Cellulose acetate paper | | | | | | | |
| 7 | Cotton roll | - | | | | | | |
| 8 | Gloves non powdered | Nitrite (medium size) | | | | | | |
| 9 | Tourniquet | - | | | | | | |
| 10 | Mask -3Layer | Disposable Surgical | | | | | | |
| 11 | N95 Mask | | | | | | | |
| 12 | Sanitizer | 5 Liter | | | | | | |
| 13 | Hand wash | 5 Liter | | | | | | |
| 14 | Micro Centrifuge Tube 1.5 ml Eppendrof | - | | | | | | |
| 15 | Micro tip 2-200 micro liter | - | | | | | | |
| 16 | Micro tip 200-1000 micro liter | | | | | | | |
| 17 | EDTA powder | - | | | | | | |
| 18 | Spirit | 500 ml | | | | | | |
| 19 | Dropper | - | | | | | | |
| 20 | Micro pipette | 2-20ul | | | | | | |
| 21 | Micro pipette | 5-50ul | | | | | | |
| 22 | Micro pipette | 100-1000ul | | | | | | |
| 23 | Vaccutainer EDTA 2ml | Plastic | Xinle | | | | | |
| 24 | Vaccutainer Plane 2ml | | | | | | | |
| 25 | Vaccutainer Plain 4ml | Clot Activator | | | | | | |
| 26 | Di potassium dydrogen phosphate | 500gm | Himedia | | | | | |
| 27 | Potassium di hydrogen Phosphate | 500gm | Himedia | | | | | |

23-8-23 23-8-23 23/8/23

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | Saponin | 500gm | Himeida (Cream Colour Powder/Burgoyne) | | | | | |
| 29 | Normal saline (washing Solution) | 500ml | - | | | | | |
| 30 | Triss powder | 500gm | Himedia | | | | | |
| 31 | EDTA Powder | 500gm | Himedia | | | | | |
| 32 | Boric acid powder | 500gm | Himedia | | | | | |
| 33 | Trichloroacetic acid | 500gm | Himedia | | | | | |
| 34 | Sodium di thionite | 500gm | Himedia | | | | | |
| 35 | Carbon tetrachloride | 500ml | Molychem | | | | | |
| 36 | Glacial acetic acid | 500ml | Molychem | | | | | |
| 37 | Ponceau sodium salt | - | Himedia | | | | | |
| 38 | Filter paper | - | - | | | | | |
| 39 | 10 ml glass pipet with bulb | - | | | | | | |
| 40 | Applicator | - | | | | | | |
| 41 | Distilled water | 5 Liter | | | | | | |
| 42 | Forceps | - | | | | | | |
| 43 | Glass beaker 250 ml | - | | | | | | |
| 44 | Glass beaker 500 ml | | | | | | | |
| 45 | Glass beaker 5 liter | - | | | | | | |
| 46 | Plastic conical shaped Centrifuge tube 15 ml | - | | | | | | |
| 47 | Glass tube 5 ml (12*75)mm | - | | | | | | |
| 48 | Sidium hypochloride | - | | | | | | |
| 49 | Tissue paper | - | | | | | | |
| 50 | Face Shield | Glass | | | | | | |
| 51 | Sample Box | Big Size | | | | | | |
| 52 | Blood Group Kit | - | Arkary Spanclone | | | | | |
| 53 | Glass slides | - | | | | | | |
| 54 | HPLC test kit | - | Bio Rad Variant II | | | | | |
| 55 | Diluent (20 Liter) | - | | | | | | |
| 56 | LD Lyse (1 liter*4) | - | Mindray BC6000 | | | | | |
| 57 | LH Lyse (1 liter*4) | - | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 58 | LN Lyse (1 liter*4) | - | | | | | | |
| 59 | FD Dye (12 ml*4) | - | | | | | | |
| 60 | FN Dye (12ml*4) | - | | | | | | |
| 61 | Probe Cleanser (50 ml) | - | | | | | | |
| 62 | Cuvette | | | | | | | |
| 63 | Cleaner A | | | | | | | |
| 64 | Cleaner B | | | | | | | |
| 65 | Trulab control any parameter: contents: trulab N | | | | | | | |
| 66 | Trulab P | | | | | | | |
| 67 | Trucal U | | DiaSys Response 910 | | | | | |
| 68 | Urea creatinine kit | For autometed biochemical analyzer diaSys Response 910 | | | | | | |
| 69 | Bilirubin kit | | | | | | | |
| 70 | Bilirubin total kit | | | | | | | |
| 71 | Bilirubin direct kit | | | | | | | |
| 72 | ASAT/SGOT kit | | | | | | | |
| 73 | ALAT/SGPT kit | | | | | | | |
| 74 | Alkaine phosphatase kit | | | | | | | |

23-8-23

23-8-23

23/8/23

16

B. **Medicines-**

| S.No | Name of Items | Specification/ Strength | Make | MRP | Basic Rate | GST % | GST Amount | Total Amount |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Folic Acid 5 mg Tab. | | | | | | | |
| 2 | Hydroxyurea 500 mg Tab. | | | | | | | |
| 3 | Paracetamol 500 mg Tab. | | | | | | | |
| 4 | Ibuprofen 400 mg Tab. | | | | | | | |
| 5 | Ibuprofen 200 mg Tab. | | | | | | | |
| 6 | Multivitamin Tab. | | | | | | | |
| 7 | Ciprofloxacin 500mg Tab. | | | | | | | |
| 8 | Ciprofloxacin 250mg Tab. | | | | | | | |
| 9 | Omeprazole 20mg cap. | | | | | | | |
| 10 | Levocetrizine 10mg Tab. | | | | | | | |
| 11 | Katrolac 10 mg Tab. | | | | | | | |
| 12 | Amoxicillin+clavulanic acid 375mg Cap. | | | | | | | |
| 13 | Amoxicillin+clavulanic acid 625 mg Cap. | | | | | | | |
| 14 | Azithromycine 250 mg Tab. | | | | | | | |
| 15 | Azithromycine 500 mg Tab. | | | | | | | |
| 16 | Ondansetron 4 mg Tab. | | | | | | | |
| 17 | Domperidone 10 mg Tab. | | | | | | | |
| 18 | Peracetamol Syp. | | | | | | | |
| 19 | Ibuprofen Syp. | | | | | | | |
| 20 | Multivitamin Syp. | | | | | | | |
| 21 | Cough syp. | | | | | | | |
| 22 | Levocetirizine Syp. | | | | | | | |
| 23 | Amoxicillin + Clavulanic Acid 228.5 Oral Susp. | | | | | | | |
| 24 | Azithromycin Syp. | | | | | | | |
| 25 | ORS Powder | | | | | | | |

23-8-23 23/8/23 23.8.23