



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

क्रमांक /

/ एन.एच.एम. / 2018 /

दन्तेवाड़ा दिनांक

प्रेस विज्ञप्ति

प्रथम खुली निविदा आमंत्रण सूचना

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन जिला दन्तेवाड़ा (छ.ग.) अंतर्गत वित्तीय वर्ष 2018-19 के लिये समस्त राष्ट्रीय कार्यक्रमों के प्रशिक्षण एवं बैठक में चाय, नाश्ता व भोजन की व्यवस्था एवं आई.ई.सी. कार्यों हेतु प्रथम खुली निविदायें आमंत्रित की जाती हैं।

उक्त संबंध में उल्लेखित प्रशिक्षण व बैठक में चाय, नाश्ता व भोजन की व्यवस्था कराने एवं आई.ई.सी. कार्यों हेतु रूचि रखने वाले फर्म/संस्था जो कि छत्तीसगढ़ का निवासी हो, तथा फर्म/संस्था का कार्यालय दन्तेवाड़ा जिला में स्थापित हो से मुहरबंद निविदायें आमंत्रित की जाती हैं। निविदा प्रपत्र अधोहस्ताक्षरकर्ता के कार्यालय से किसी भी कार्यालीन दिवस पर प्रातः 11:00 से संध्या 05:00 बजे तक रुपये 500/- (पांच सौ रुपये मात्र) जो कि नॉन रिफन्डेबल है, जमा कर प्राप्त किये जा सकते हैं। डी.डी./बैंकर्स चेक “जिला स्वास्थ्य समिति दन्तेवाड़ा” के नाम से ही स्वीकर किये जावेंगे।

- निविदा प्रपत्र बिक्री की अंतिम तिथि : 22 मई 2018 को समय 05:00 बजे तक।
- निविदा जमा करने की अंतिम तिथि : 25 मई 2018 को समय 05:00 बजे तक।
- निविदा खोले जाने की तिथि : 26 मई 2018 को समय 03:00 बजे।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला – दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

परिशिष्ट - "अ"
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन अंतर्गत
प्रशिक्षण एवं बैठक में चाय, नाश्ता व भोजन हेतु तकनीकी निविदा प्रपत्र
(एक अलग सीलबंद लिफाफे में संलग्न करें)

क्र.	फर्म से संबंधित जानकारी	विवरण	
1	फर्म / संस्था का नाम		
2	फर्म / संस्था का पूर्ण पता (पते के सत्यापन के संबंध में दस्तावेज अभिप्रमाणित संलग्न किया जाना अनिवार्य होगा।)		
3	मोबाइल नंबर		
4	फर्म का जीवित पंजीयन क्रमांक / वर्ष (प्रमाण पत्र अनिवार्यतः संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> हॉ क्र.	<input type="checkbox"/> नहीं
5	फर्म का जीवित खाद्य विभाग में पंजीयन क्रमांक (प्रमाण पत्र की प्रति अनिवार्यतः संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> हॉ क्र.	<input type="checkbox"/> नहीं
6	निविदाकर्ता / फर्म का PAN नंबर (प्रमाण पत्र की प्रति अनिवार्यतः संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> हॉ क्र.	<input type="checkbox"/> नहीं
7	फर्म का GSTIN नंबर (प्रमाण पत्र की प्रति अनिवार्यतः संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> हॉ क्र.	<input type="checkbox"/> नहीं
8	पिछले 02 वर्ष का ITR (प्रमाण पत्र अनिवार्यतः संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> हॉ वर्ष: 2016-17 एवं वर्ष: 2017-18	<input type="checkbox"/> नहीं
9	अमानत राशि (अनिवार्यतः संलग्न करें)	राशि 10000.00 रु. मात्र। चेक / डिमांड ड्राफ्ट का नं. व दिनांक..... बैंक -	
10	घोषणा पत्र राशि 50/- के स्टॉम्प पेपर में जमा।	<input type="checkbox"/> हॉ	<input type="checkbox"/> नहीं

हस्ताक्षर / सील मुद्रा
निविदाकर्ता



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

क्रमांक /

/ एन.एच.एम. / 2018 /

दन्तेवाड़ा दिनांक

परिशिष्ट – ब
घोषणा पत्र

1. यह कि हमारी संस्थान को इस निविदा के तहत प्रदाय की जाने वाली समस्त सेवाओं के लिये किसी भी संस्थान/व्यक्ति विशेष के द्वारा मुकदमेबाजी एवं आरोप नहीं लगाया गया है।
2. यह कि हमारी संस्थान को किसी भी राज्य सरकार/केन्द्र सरकार/भारत में सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम द्वारा अपात्र (Black listed) सूचीबद्ध नहीं है।
3. निविदा में दर्शित समस्त नियम एवं शर्तों को हमारी संस्थान द्वारा मान्य किया जावेगा।

मालिक/फर्म

नाम

पता

मोबा.

(नोट – उपरोक्त घोषणा पत्र मे दर्शित नियम एवं शर्तों को निविदाकर्ता द्वारा राशि 50/- के स्टॉम्प पेपर पर सहमति देना अनिवार्य होगा।)



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

प्रपत्र-स
राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, जिला -दन्तेवाड़ा ,छ.ग. अंतर्गत
प्रशिक्षण एवं बैठक में चाय, नाश्ता व भोजन हेतु वित्तीय निविदा प्रपत्र
(एक अलग सीलबंद लिफाफे में संलग्न करें)

नोट :

1. निविदा दर स्पष्ट एवं भारतीय रूपये में लिखा जाना चाहिए।
2. निविदा कॉलम 02 तथा 04 में नाश्ता एवं भोजन का प्रकार इत्यादि लिखा जाना है।
3. कॉलम 03 तथा 05 में नाश्ता एवं भोजन का दर उल्लेख करना अनिवार्य है।

राशि रू. में

क्र.	नाश्ता (पार्सल सहित)		भोजन (थाली/पार्सल सहित)		रिमार्क
	नाश्ता का प्रकार	दर (प्रति प्लेट) (सभी करो को जोड़कर)	भोजन का प्रकार	दर (प्रति थाली/पार्सल) (सभी करो को जोड़कर)	
1	2	3	4	5	6
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8.					

हस्ताक्षर/सील मुद्रा
निविदाकर्ता



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

प्रशिक्षण एवं बैठक में चाय, नाश्ता व भोजन व्यवस्था हेतु निविदा आमंत्रण

सेवा प्रदाता एजेन्सी के चयन हेतु नियम एवं शर्तें :-

भोजन का मीनू निम्नानुसार है:-

1. भोजन में पतला चावल, अरहर दाल, 04 रोटी, 02 प्रकार की सब्जी (सब्जी का प्रकार आदेशानुसार) पापड़, हरा सलाद, अचार/चटनी एवं मीठा
2. एक बार का नाश्ता (समोसा/आलूगुण्डा/प्रति प्लेट इडली/सांभर बड़ा/ढोकला/दोसा) प्रतिदिन अदल बदल कर इनमें से कोई एक) एवं मीठा।
3. सुबह – शाम को चाय एवं बिस्किट (आदेशानुसार)।

सेवा प्रदाता एजेन्सी के चयन हेतु आवश्यक शर्तें :-

1. निविदा फार्म प्राप्त करने हेतु राशि रु. 500/- का बैंक ड्राफ्ट/बैंकर्स चेक "जिला स्वास्थ्य समिति, दन्तेवाड़ा" के पक्ष में देय होगा। जो कि किसी भी परिस्थिति में वापसी योग्य नहीं होगा।
2. सेवा प्रदाता एजेन्सी द्वारा अमानत राशि रु. 10,000/- (दस हजार रु.) "जिला स्वास्थ्य समिति, दन्तेवाड़ा" के नाम से देय, बैंक ड्राफ्ट/बैंकर्स चेक के द्वारा तकनीकी प्रस्ताव के साथ संलग्न करना अनिवार्य होगा, जिसके बिना प्रस्ताव पर विचार नहीं किया जावेगा।
3. फर्म का पंजीयन अनिवार्य है, पंजीयन प्रमाण पत्र अनिवार्यतः संलग्न करें।
4. सफल निविदाकार की अमानत राशि को सुरक्षा निधि के रूप में जमा रखा जावेगा और संविदा की संतोषप्रद ढंग से समाप्ति के बाद वापस की जावेगी। उक्त राशि पर कोई ब्याज नहीं दिया जावेगा। अन्य निविदाकारों की अमानत राशि, सफल निविदाकार द्वारा अनुबंध निष्पादित करने के उपरांत वापस कर दी जावेगी।
5. सेवा प्रदाता एजेन्सी का खाद्य एवं औषधि विभाग में पंजीकृत होना अनिवार्य है।
6. सेवा प्रदाता एजेन्सी का GSTIN नं. एवं निविदाकर्ता/फर्म का PAN नंबर होना अनिवार्यतः है, जिसके लिये अनिवार्यतः अभिप्रमाणित प्रमाण पत्र जमा किया जाना है।
7. सेवा प्रदाता एजेन्सी को भोजन व्यवस्था एवं चाय नाश्ता इत्यादि व्यवस्था/सेवाओं के लिये सरकारी संस्था में कार्य करने का कम से कम 01 साल का अनुभव हो।
8. सेवा प्रदाता एजेन्सी द्वारा समय पर गुणवत्ता पूर्ण भोजन व्यवस्था एवं चाय नाश्ता की व्यवस्था होनी चाहिए। भोजन व नाश्ता अनिवार्यतः शुद्ध एवं ताजा हो।
9. सेवा प्रदाता एजेन्सी का जिला दन्तेवाड़ा में फर्म/होटल होना अनिवार्य है।
10. सेवा प्रदाता एजेन्सी के पास पर्याप्त प्रशिक्षित मानव संसाधन की उपलब्धता हो।
11. सेवा प्रदाता एजेन्सी चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग के किसी अधिकारी/कर्मचारी के परिवार का न हो।
12. सेवा प्रदाता एजेन्सी द्वारा निविदा के साथ पिछले 02 वित्तीय वर्ष का ITR (प्रमाण पत्र) अनिवार्यतः संलग्न करें।



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com Fax No. - 0785252783

13. मापदण्ड के अनुसार भोजन व्यवस्था सही नहीं होने की दशा में प्राप्त सामग्री/सुविधा स्वीकार नहीं की जावेगी तथा प्रदायकर्ता को अपने व्यय पर उसे वापस ले जाना होगा।
14. निर्धारित समय पर व्यवस्था किया जाना अनिवार्य होगा, अन्यथा समिति द्वारा 02 प्रतिशत पेनाल्टी के साथ निविदा समाप्त कर दी जायेगी।
15. यह निविदा की समय सीमा 01 वर्ष के लिये मान्य होगी।
16. देयक का भुगतान नियमानुसार सभी भुगतान प्रचलित आयकर/टीडीएस की कटौति के उपरांत ही संभावित अवधि में किया जायेगा।
17. समस्त करों की राशि वित्तीय निविदा (Financial Bid) में शामिल कर ही मान्य किया जावेगा।
18. अपूर्ण एवं ओवररायटिंग की स्थिति में निविदा निरस्त किया जा सकेगा।
19. चाही गई सेवा एवं प्रदायित सेवा के अनुरूप संतुष्टि की दशा में सेवा अवधि अनुबंध अगामी शर्तों हेतु आपसी सहमति से बढ़ाया जा सकेगा।
20. चयन प्रक्रिया L1 प्रकृति आधार पर की जावेगी।
21. परिशिष्ट – (अ एवं ब) तथा परिशिष्ट – (स) दो अलग अलग बंद लिफाफे में समस्त दस्तावेजों के साथ जमा किया जावे।
22. निविदा खुलने पर सर्वप्रथम तकनीकी निविदा खोला जावेगा तत्पश्चात संतुष्टि की दशा में ही वित्तीय निविदा खोला जावेगा। तकनीकी निविदा असंतुष्टि की दशा में संबंधित संस्था/फर्म का निविदा निरस्त माना जायेगा।
23. शर्तों का उल्लंघन करने पर निविदा निरस्त कर दिया जायेगा। निविदा शर्तों में परिवर्तन एवं निविदा निरस्त करने का अधिकार सुरक्षित है।
24. निविदा प्रक्रिया निरस्त किये जाने का संपूर्ण अधिकार निविदा के संबंध में गठित क्रय समिति जिला स्वास्थ्य समिति दन्तेवाड़ा को होगा।
25. भोजन निर्माण भंडारण एवं वितरण का कार्य स्वच्छता और स्वास्थ्य संबंधी अपेक्षाओं खाद्य सुरक्षा उपायों और अन्य मानकों के अनुरूप होने चाहिए।

- निविदा प्रपत्र बिक्री की अंतिम तिथि : 22 मई 2018 को समय 05:00 बजे तक।
- निविदा जमा करने की अंतिम तिथि : 25 मई 2018 को समय 05:00 बजे तक।
- निविदा खोले जाने की तिथि : 26 मई 2018 को समय 03:00 बजे।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला – दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

प्रचार प्रसार एवं प्रिंटिंग/छपाई कार्य हेतु निविदा -

नियम एवं शर्तें :-

01. निविदा फार्म प्राप्त करने हेतु राशि 500/- का बैंक ड्राफ्ट "जिला स्वास्थ्य समिति दन्तेवाड़ा " के पक्ष में अनिवार्य देय होगा। जो कि किसी भी परिस्थिति में वापसी योग्य नहीं होगा।
02. अमानत राशि रु. 10,000/- "जिला स्वास्थ्य समिति दन्तेवाड़ा " के नाम से देय, बैंक ड्राफ्ट/बैंकर्स चेक के द्वारा तकनीकी प्रस्ताव के साथ, संलग्न करना अनिवार्य होगा, जिसके बिना प्रस्ताव पर विचार नहीं किया जावेगा।
03. निविदाकर्ता छत्तीसगढ़ का निवासी हो एवं फर्म/संस्था का कार्यालय जिला दन्तेवाड़ा में स्थापित हो इस संबंध में अभिप्रमाणित दस्तावेज प्रस्तुत किया जाना अनिवार्य होगा।
04. फर्म/संस्थान का पंजीयन अनिवार्य है, पंजीयन प्रमाण पत्र अनिवार्यतः संलग्न करें।
05. निविदाकर्ता को पैन कार्ड की छायाप्रति निविदा प्रपत्र के साथ संलग्न करना अनिवार्य होगा।
06. समस्त प्रिंटिंग एवं पेंटिंग संबंधी कार्य का दर 1X1 ईस्वायर फिट (Square Fit) में होना चाहिये।
07. प्रिंटिंग संबंधी कार्य समयानुरूप कार्य की आवश्यकता के आधार पर होगा।
08. अन्य प्रिंटिंग संबंधी कार्य जो आवश्यकता पड़ने पर चाही गयी कार्य के अनुरूप अनुबंधित फर्म/व्यक्ति के माध्यम से क्रय समिति की अनुशंसा पर कार्य संपन्न किया जा सकता है।
09. फर्म का GST रजिस्ट्रेशन अनिवार्य है। निविदाकर्ता को GST रजिस्ट्रेशन की छायाप्रति निविदा प्रपत्र के साथ संलग्न करना अनिवार्य होगा।
10. अपूर्ण एवं ओवररायटिंग की स्थिति में निविदा निरस्त किया जा सकेगा।
11. न्यूनतम निर्धारित दरों पर प्रथम निविदा प्रतिभागी द्वारा समय पर कार्य पूर्ण एवं सुविधा नहीं प्रदाय किये जाने की स्थिति में द्वितीय निविदा प्रतिभागी से समस्त सेवा लिये जाने का अधिकार कार्यालय का होगा।
12. सफल निविदाकार की अमानत राशि को सुरक्षा निधि के रूप में जमा रखा जावेगा और संविदा की संतोषप्रद ढंग से समाप्ति के बाद वापस की जावेगी। उक्त राशि पर कोई ब्याज नहीं दिया जावेगा। अन्य निविदाकारों की अमानत राशि, सफल निविदाकार द्वारा अनुबंध निष्पादित करने के उपरांत वापस कर दी जावेगी।
13. प्रचार वाहन (आटो/रिक्शा) समय समय पर कार्य के आधार पर मांग किये जाने के पश्चात् उपलब्ध करायी जावेगी। वाहन दर में प्रति कि.मी. औसत के मान से प्रति कि.मी. न्यूनतम मान्य दर वाले फर्म की नियुक्ति होगी।
14. संबंधित कार्य का देयक तीन प्रतियों में फोटोग्राफ के साथ अनिवार्यतः प्रस्तुत करना होगा। देयक का भुगतान संभावित अवधि में चेक या PFMS के माध्यम से टीडीएस कटौती के उपरांत किया जावेगा।
15. समस्त करों की राशि वित्तीय निविदा (Financial Bid) में शामिल कर ही मान्य किया जावेगा।
16. शर्तों का उल्लंघन करने पर संबंधित कार्य से हटा दिया जायेगा एवं देयक का भुगतान नहीं किया जावेगा।
17. निविदा प्रक्रिया निरस्त किये जाने का अधिकार निविदा के संबंध में गठित क्रय समिति जिला स्वास्थ्य समिति दन्तेवाड़ा को होगा।



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com Fax No. - 0785252783

18. किसी भी प्रकार के विवाद की स्थिति में अंतिम निराकरण संबंधित विभाग के विभागाध्यक्ष द्वारा किया जावेगा। जो कि अंतिम एवं सर्वमान्य होगा।
19. चयन प्रक्रिया L1 प्रकृति आधार पर की जावेगी।
20. अनुबंध नवीनीकरण की दशा में EMD राशि को आगामी वर्षो हेतु मान्य किया जावेगा साथ ही कार्य संतोषजनक होने की स्थिति में पुनः अगामी वर्ष हेतु अनुबंध किया जा सकता है।
21. निर्धारित दर आगामी आदेश तक प्रभावशील मानी जावेगी।
22. परिशिष्ट – (अ एवं ब) तथा परिशिष्ट – (स) दो अलग अलग बंद लिफाफे में समस्त दस्तावेजों के साथ जमा किया जावे।
23. निविदा खुलने पर सर्वप्रथम तकनीकी निविदा खोला जावेगा तत्पश्चात् संतुष्टि की दशा में ही वित्तीय निविदा खोला जावेगा।
24. उक्त निविदा की वैधता 01 वर्ष के लिये मान्य होगी।
25. निविदा फार्म प्राप्त किये जाने की अंतिम तिथि दिनांक 22.05.2018 समय शाम 05:00 बजे तक निर्धारित है।
26. निविदा मोहर बंद लिफाफे में जमा करने की अंतिम तिथि 25.05.2018 शाम 05:00 बजे तक स्वीकार किये जावेंगे।
27. निविदा खोले जाने की तिथि 26.05.2018 को दोपहर समय 03:00 बजे निर्धारित है।

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला दन्तेवाड़ा , (छ.ग.)



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

परिशिष्ट - अ

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन अंतर्गत

जिला स्वास्थ्य समिति हेतु

प्रचार-प्रसार हेतु वाहन एवं वॉल पेंटिंग, फ्लेक्स प्रिंटिंग, पाम्पलेट, पोस्टर हेतु तकनीकी
निविदा

(एक अलग सीलबंद लिफाफे में संलग्न कर)

फर्म द्वारा विवरण निम्नानुसार दिया जावे – प्रचार प्रसार / प्रिंटिंग संबंधी संबंधी समस्त कार्य

क्र.	विवरण	हाँ/नहीं में
1	फर्म/कंपनी का नाम	
2	फर्म/कंपनी का पता	
3	मोबाइल नंबर	
4	एस.टी.डी. कोड के साथ फोन नंबर	
5	ईमेल पता	
6	पैन/ GST नंबर (प्रमाण पत्र संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
		पैन नंबर: <input type="text"/> GST नंबर: <input type="text"/>
7	पंजीकरण क्रमांक/वर्ष (प्रमाण पत्र की प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
8	पिछले 02 वित्तीय वर्ष का वित्तीय विवरण (ऑडिट रिपोर्ट प्रमाण पत्र संलग्न करें)	वर्ष: 2016-17 <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
		2017-18 <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
09	अमानत राशि (संलग्न)	Rs.10000/- <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

		क्र	नाम	पदनाम	पूरा पता / मोबाइल नंबर
10	व्यक्ति का नाम, पदनाम, पता (निविदा संबंधी)	1.			
		2.			
11	घोषणा पत्र राशि 50/- के स्टॉम्प पेपर में जमा।		हाँ		नहीं

मालिक/फर्म का

नाम

पता

मोबा.

हस्ताक्षर



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

परिशिष्ट – ब

घोषणा पत्र

4. यह कि हमारी संस्थान को इस निविदा के तहत प्रदाय की जाने वाली समस्त सेवाओं के लिये किसी भी संस्थान/व्यक्ति विशेष के द्वारा मुकदमेबाजी एवं आरोप नहीं लगाया गया है।
5. यह कि हमारी संस्थान को किसी भी राज्य सरकार/केन्द्र सरकार/भारत में सार्वजनिक क्षेत्र के उपक्रम द्वारा अपात्र (Black listed) सूचीबद्ध नहीं है।
6. निविदा में दर्शित समस्त नियम एवं शर्तों को हमारी संस्थान द्वारा मान्य किया जावेगा।

यह कि नियोक्ता के द्वारा कार्य संतोषजनक नही होने अथवा विवाद कि स्थिती में एकपक्षीय कार्यवाही करते हुये कार्यादेश निरस्त करने का अधिकार होगा जिससे मुझे किसी भी प्रकार की आपत्ति नही होगी।

मालिक/फर्म का

नाम

पता

मोबा.

(नोट – उपरोक्त घोषणा पत्र मे दर्शित नियम एवं शर्तों को निविदाकर्ता द्वारा राशि 50/- के स्टॉम्प पेपर पर सहमति देना अनिवार्य होगा।)



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

परिशिष्ट- "स"

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन अंतर्गत
जिला स्वास्थ्य समिति हेतु
प्रचार-प्रसार हेतु वाहन एवं वॉल पेंटिंग, फ्लेक्स प्रीटिंग, पाम्पलेट, पोस्टर हेतु
किराया दर निर्धारण (वित्तीय निविदा प्रपत्र)

(प्रारूप)

राशि रु. में

क्र.	कार्य विवरण	प्रति नग/प्रति हजार
1	फ्लैक्स बैनर (फेब्रिक मिडिया)	प्रति स्कवायर फिट
2	फ्लैक्स बैनर (नार्मल मिडिया)	प्रति स्कवायर फिट
3	फ्लैक्स बैनर (स्टार मिडिया)	प्रति स्कवायर फिट
4	ग्लोसाईन बोर्ड	प्रति स्कवायर फिट
5	आयरन फ्रेम (स्टैण्डी)	प्रति स्कवायर फिट
6	बैकलिट मिडिया	प्रति स्कवायर फिट
7	विनायल प्रिंट	प्रति स्कवायर फिट
8	विनायल + सनबोर्ड प्रिंट	प्रति स्कवायर फिट
9	पाम्पलेट 1/4 साईज (सिंगल कलर) केवल आगे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार
10	पाम्पलेट 1/4 साईज (सिंगल कलर) केवल आगे-पीछे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार
11	पाम्पलेट 1/8 साईज (सिंगल कलर) केवल आगे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार
12	पाम्पलेट 1/8 साईज (सिंगल कलर) केवल आगे-पीछे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार
13	पाम्पलेट Half Demi साईज (सिंगल कलर) केवल आगे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार
14	पाम्पलेट Half Demi साईज (सिंगल कलर) केवल आगे-पीछे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार
15	पाम्पलेट 1/4 साईज (मल्टीकलर) केवल आगे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार
16	पाम्पलेट 1/4 साईज (मल्टीकलर) केवल आगे-पीछे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार
17	पाम्पलेट 1/8 साईज (मल्टीकलर) केवल आगे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार
18	पाम्पलेट 1/8 साईज (मल्टीकलर) केवल आगे-पीछे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार
19	पाम्पलेट Half Demi साईज (मल्टीकलर) केवल आगे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

20	पाम्पलेट Half Demi साईज (मल्टी कलर) केवल आगे-पीछे छपाई 90 जीएसएम पेपर	प्रति हजार
21	पोस्टर 17x23 साईज (सिंगल कलर) केवल आगे छपाई 90 / 120 जीएसएम मेप्लिथो पेपर	प्रति हजार
22	पोस्टर 17x23 साईज (मल्टीकलर) केवल आगे छपाई 130 जीएसएम आर्ट पेपर	प्रति हजार
23	पोस्टर 20x30 साईज (सिंगल कलर) केवल आगे छपाई 90 / 120 जीएसएम मेप्लिथो पेपर	प्रति हजार
24	पोस्टर 20x30 साईज (मल्टीकलर) केवल आगे छपाई 130 जीएसएम आर्ट पेपर	प्रति हजार
25	स्टीकर A4 साईज (मल्टीकलर)	प्रति हजार
26	स्टीकर 12x18 साईज (मल्टीकलर)	प्रति हजार
27	हेल्थ कार्ड A4 साईज (मल्टीकलर) आगे छपाई 220 जीएसएम आर्ट शीट	प्रति हजार
28	हेल्थ कार्ड A4 साईज (मल्टीकलर) आगे-पीछे छपाई 220 जीएसएम आर्ट शीट	प्रति हजार
29	प्रोफार्म ए-4 साईज आगे (सिंगल कलर)	प्रति हजार
30	प्रोफार्म ए-4 साईज आगे-पीछे (सिंगल कलर)	प्रति हजार
31	स्पायरल बुक बाईंडिंग ए-4 साईज	प्रति बुक
32	रजिस्टर Half Demi साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 100 पेज	प्रति रजिस्टर
33	रजिस्टर Half Demi साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 200 पेज	प्रति रजिस्टर
34	रजिस्टर Half Demi साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 300 पेज	प्रति रजिस्टर
35	रजिस्टर Half Demi साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 400 पेज	प्रति रजिस्टर
36	रजिस्टर Half Demi साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 500 पेज	प्रति रजिस्टर
37	रजिस्टर Full Demi साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 100 पेज	प्रति रजिस्टर
38	रजिस्टर Full Demi साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 200 पेज	प्रति रजिस्टर
39	रजिस्टर Full Demi साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 300 पेज	प्रति रजिस्टर
40	रजिस्टर Full Demi साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 400 पेज	प्रति रजिस्टर
41	रजिस्टर Full Demi साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 500 पेज	प्रति रजिस्टर
42	रजिस्टर Half DFC साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 100	प्रति रजिस्टर



मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन
जिला दक्षिण बस्तर दन्तेवाड़ा (छ.ग.)



Office Phone No. - 07856-252280 Mail ID :- Dam.dantewada@gmail.com

Fax No. - 0785252783

	पेज	
43	रजिस्टर Half DFC साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 200 पेज	प्रति रजिस्टर
44	रजिस्टर Half DFC साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 300 पेज	प्रति रजिस्टर
45	रजिस्टर Half DFC साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 400 पेज	प्रति रजिस्टर
46	रजिस्टर Half DFC साईज 90 जीएसएम मेप्लिथो पेपर 500 पेज	प्रति रजिस्टर
47	ऑटो रिक्शा द्वारा प्रचार-प्रसार हेतु	प्रति किमी
48	माईकिंग प्रचार-प्रसार हेतु	प्रति दिन
49	दीवाल लेखन नील/पेंट से (रनिंग वर्ग फीट में)	प्रति फिट
50	दीवाल चित्र एशियन पेंट्स	प्रति फिट
51	कलाजत्था कार्यक्रम लोकल भाषा में	प्रति कार्यक्रम

नोट – L1 की गणना न्यूनतम दर के आधार मानकर की जावेगी।

हस्ताक्षर

मालिक/फर्म का

नाम

पता

मोबा.