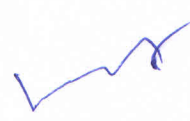


कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला पन्ना म.प्र. में स्कूली छात्रों एवं बुजुर्गों हेतु चशमें कय करने हेतु निविदा फार्म एवं शर्तें

// नियम एवं शर्तें //

1. निविदाकर्ता फर्म, निविदा खोले जाने के दिनांक को कार्यालय में उपस्थित रह सकते हैं।
2. निविदाकारों को सूचित किया जाता है कि कार्यालय में निविदा जमा करने हेतु एक तकनीकी निविदा प्रपत्र-1 एवं द्वितीय वित्तीय निविदा प्रपत्र-2 अलग-अलग लिफाफों में रखकर, लिफाफे के ऊपर प्रपत्र का नाम लिखकर, एक बड़े लिफाफे में दोनों (प्रपत्र-1 एवं प्रपत्र-2) प्रपत्र बंद कर, इस कार्यालय में जमा करें।
3. सुरक्षा निधि/एफ.डी.आर. -10000रु निविदा फार्म के साथ संलग्न कर जमा करना होगा।
4. जी.एस.टी. रिटर्न (वर्ष 2017-18) की छायापति संलग्न करना होगा।
5. निविदा कर्ता को इस प्रकार के चशमें प्रदाय करने का तीन वर्ष का अनुभव होना चाहिए।
6. निविदा कर्ता को कम से कम तीन वर्षों का आई.टी.आर प्रमाण पत्र संलग्न करना होगा।
7. निविदा कर्ता को पिछले तीन वर्ष की आडिट बैलेंस शीट सी.ए. से प्रमाणित प्रस्तुत करनी होगी।
8. निविदा कर्ता का विगत 2 वर्षों का टर्न ओवर 30 लाख से कम नहीं होना चाहिए।
9. चशमें के साथ निविदा कर्ता को चशमें के साथ एसेसरीज डोरी कपड़ा न. स्लिप एवं चशमें के कवर पर जिला स्वास्थ्य समिति पन्ना प्रिंट करके देना होगा।
10. निविदा फार्म बंद लिफाफे में कार्यालय में जमा करने की अतिम तिथि - 27 दिसम्बर 2018 होगी।
11. कार्यालय में प्राप्त निविदाओं को दिनांक 28 दिसम्बर 2018 को अपरान्ह 01.00 बजे खोला जावेगा। एवं न्यूनतम दर प्राप्त निविदा अथवा क्रय समिति द्वारा लिए गये निर्णय के आधार पर चयनित फर्म/कम्पनी को क्रय आदेश जारी किया जायेगा।
12. क्रय समिति का निर्णय सर्वमान्य होगा। निविदा को निरस्त करने का अधिकार मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी पन्ना को होगा एवं किसी भी विवाद की स्थिति में न्यायिक क्षेत्र पन्ना होगा।
13. उक्त निविदा संबंधी जानकारी हेतु श्री राजेश तिवारी मोबाईल नं. 8602280224 से कार्यालयीन समय में सम्पर्क किया जा सकता है।


मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला- पन्ना (म.प्र.)

// प्रपत्र-1 //

1. फर्म का नाम
2. पूर्ण पता
3. फर्म का पंजीयन क्रमांक (पंजीयन प्रमाण पत्र संलग्न करें).....
4. टिन न. (पंजीयन की छायाप्रति संलग्न करें).....
5. पेन न0 (छायाप्रति संलग्न करें).....
6. जी.एस.टी. न0 (छायाप्रति संलग्न करें).....
7. निविदा कर्ता को कम से कम तीन वर्षों का आई.टी.आर प्रमाण पत्र संलग्न करें
8. EMD राशि.....EMD No. दिनांक

निविदा कर्ता के हस्ताक्षर
फर्म/कम्पनी का नाम
पूर्ण पता
मोबाइल न0

// प्रपत्र-2 //

क्र.	विवरण	दर (प्रति चश्मा)	रिमार्क
1	स्कूली छात्रों हेतु चश्मे		
2	बुजुर्गों हेतु चश्मे		

निविदा कर्ता के हस्ताक्षर
फर्म/कम्पनी का नाम
पूर्ण पता
मोबाइल न0