कार्यालय संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक

स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय संबद्ध चिकित्सालय

जिला–कोरबा(छ.ग.)

नेत्र रोग विभाग के लिये औषधि एवं कन्ज्यूमेबल सामग्री क्रय किये जाने हेतु द्वितीय निविदा

निविदा प्रपत्र

वर्ष 2026–27

जारी दिनांक – 25.05.2026
जमा दिनांक – 09.06.2026

निविदा प्रपत्र मूल्य 1000/– रूपये

कार्यालय संयुक्त संचालक सह् अस्पताल अधीक्षक

स्व.बिसाहू दास महंत स्मृति शासकीय चिकित्सा महाविद्यालय संबद्ध चिकित्सालय कोरबा (छ.ग.)

Email- gmckorbaasso.hospital@gmail.com

क्र./जी.एम.सी.एच/क्रय/निविदा/2026-27 919 कोरबा, दिनांक...20/5/26

// निविदा //

स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय एवं संबद्ध चिकित्सालय कोरबा (छ.ग.) के **नेत्र रोग विभाग के लिये औषधि एवं कन्ज्यूमेबल सामग्री** क्रय किये जाने हेतु इच्छुक फर्म/निर्माता कंपनी से खुली निविदा आमंत्रित किया जाता है।

निविदा प्रपत्र शुल्क– रू. 1000/– (रू. एक हजार मात्र) वापसी योग्य नहीं है।		
अमानत राशि (EMD) निम्नानुसार देय होगा		
के नाम से	प्रस्तुत EMD का प्रकार	अमानत राशि (EMD) रू. में
संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक	Demand Daft	रू. 30000–/ (रू. तीस हजार मात्र)

उपरोक्त दोनों निविदाओं के लिये समय सारणी	
निविदा फार्म जारी करने की तिथि	दिनांक 25.05.2026 से कार्यालयीन समय पर
निविदा फार्म प्राप्त करने की अंतिम तिथि	दिनांक 08.06.2026 समय कार्यालयीन समय पर
निविदा फार्म जमा करने की अंतिम तिथि	दिनांक 09.06.2026 समय दोपहर 3:00 बजे तक पंजीकृत डाक/स्पीड पोस्ट/कोरियर के माध्यम से
निविदा खोलने की तिथि	दिनांक 09.06.2026 समय सायं 4:00 बजे, स्थान– कार्यालय संयुक्त संचालक स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय संबद्ध चिकित्सालय कोरबा (छ.ग.)

टीप :– निविदा के संबंध में विस्तृत जानकारी के लिए महाविद्यालय के वेबसाइट sbdmscm.edu.in में अवलोकन कर सकते है।

संयुक्त संचालक सह् अस्पताल अधीक्षक
स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय
सबंद्ध चिकित्सालय, कोरबा (छ.ग.)

(निविदादाता कंपनी/फर्म के लेटर हेड में)

प्रति ,

संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक
स्व. बिसाहू दास मंहत स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय
संबद्ध चिकित्सालय कोरबा (छ0ग0)

विषयः— औषधी, कन्जुमेबल क्रय हेतु निविदा।

सन्दर्भः— आपका निविदा सूचना कमांक .... दिनांक........................

———000———

उपरोक्त निविदा सूचना के अनुसार हमारे फर्म द्वारा औषधी एवं कन्ज्यूमेबल, का दर निर्धारित प्रारूप में अंकित कर प्रस्तुत है।

निविदा पत्र में दर्शित सभी शर्ते कमांक .... से .... तक मान्य होगा तथा निविदा से सबंधित अभिलेखो की फोटो प्रतियां एवं सुरक्षा निधि की मूल प्रति संलग्न है।

हस्ताक्षर निविदाकार
सील सहित

निविदा प्रपत्र के साथ संलग्न अभिलेखो की सूची :—

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

निविदा की आवश्यक शर्ते

1. स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति चिकित्सा महाविद्यालय संबद्ध चिकित्सालय कोरबा छ0ग0 के नेत्र रोग विभाग हेतु ब्रांडेड औषधि/कन्जुमेबल क्रय करने हेतु छत्तीसगढ़ भण्डार कय नियम 2002 तथा यथा संशोधित 2022 के नियम एवं शर्तों के अधीन यह निविदा आमंत्रित किया जाता है।
2. निविदा के साथ संलग्न सूची मे दिए गए निर्माता कपंनी का ही औषधि एवं कंज्यूमेबल के क्रय किया जाना है। जिसके लिए उक्त निर्माता कंपनी अथवा उनके अधिकृत प्रतिष्ठित संस्थाओ द्वारा निविदा भरा जावे। सूची में उल्लेखित निर्माता कंपनी के अतिरिक्त किसी भी अन्य कंपनी की औषधि/कंज्यूमेबल स्वीकार नहीं किया जाएगा।
3 निविदा कंपनियों के अधिकृत डिस्ट्रीब्यूटर/फर्म द्वारा भरे जाने की दशा में, निर्माता कंपनी जिसकी निविदा भरी जा रही है, का वर्ष 2026–27 के लिए निविदा भरने संबंधी अधिकृत पत्र जिसमें निविदा कमांक प्रविष्ट हो संलग्न किया जाना अनिवार्य है।
4 निविदादाता द्वारा सिर्फ सूची में दर्ज निर्माता कंपनी के दवाई ही प्रदाय किया जाना होगा तथा दवाईयां WHO-GMP प्रमाणित कम्पनी का होना अनिवार्य है, जिसके लिये निर्माता कम्पनी का WHO-GMP सर्टिफिकेट प्रदाय करना होगा। WHO-GMP प्रमाणित कम्पनी के अलावा अन्य किसी भी निर्माता कम्पनी की दवाई स्वीकार नहीं की जावेगी।
5 कन्ज्यूमेबल सामाग्री सूची में दर्ज निर्माता कंपनी का ही होना चाहिये, जिसके लिए निर्माता कंपनी का ISO/CE सर्टिफिकेट प्रदाय किया जाना अनिवार्य है।
6 औषधि/कन्जुमेबल आवश्यकतानुसार ही उपलब्ध आबंटन एवं समय–समय पर शासन से प्राप्त निर्देशानुसार ही क्रय की जावेगी। क्रय मे किसी प्रकार की बाध्यता नहीं होगी।
7 शासन के नियमानुसार सीजीएमएससी में दर्वाइयों की उपलब्धता नहीं होने की स्थिति में सीजीएमएससी से एन.ओ.सी. लेकर दवाईयां केवल 01 माह के लिये आवश्यक मात्रा में क्रय की जावेगी, जिसकी आपूर्ति किया जाना अनिवार्य है।
8 औषधि/कंज्यूमेबल कय आदेश के 15 दिवस के अंदर प्रदाय करना अनिवार्य होगा। निर्धारित समय के अंदर प्रदाय नहीं करने से एल–2/एल–3 फर्म यदि एल–1 दर पर उक्त औषधि/कंज्यूमेबल देने में सहमत है तो उक्त फर्म को क्रय आदेश जारी किया जाएगा। अन्यथा एल–2/एल–3 दर पर क्रय किए जाने की स्थिति में अंतर राशि एल–1 फर्म को भुगतान किया जाना होगा। भुगतान नहीं किए जाने की स्थिति में एल–1 फर्म की अमानत राशि से कटौती की जावेगी।
9 निविदादाता द्वारा प्रदाय की गयी औषधि/कंज्यूमेबल की अवसान तिथि प्रदाय दिनांक से न्यूनतम 01 वर्ष होना अनिवार्य है।
10 औषधि/कन्जुमेबल आदि अधोहस्ताक्षरकर्ता कार्यालय के भण्डार कक्ष तक पहुचा कर देना होगा, अन्य किसी प्रकार का व्यय देय नही होगा।
11 प्रत्येक औषधि/कन्जुमेबल विशिष्ठता, पैकिंग संबंधी जानकारी स्पष्ट की जाये। प्रत्येक उत्पाद की पैकिंग में निर्माण तथा अवसान तिथि अंकित होना अनिवार्य हैं।
12 निविदा रजिस्टर्ड ए.डी. अथवा स्पीड पोस्ट अथवा कोरियर के द्वारा प्राप्त की जावेगी।
13 निविदा दो लिफाफो में प्रस्तुत की जावेगी, जिसमें एक लिफाफे में अमानत राशि एवं संबंधित समस्त आवश्यक दस्तावेज, प्रमाण पत्र (तकनीकी दस्तावेज) तथा दूसरे लिफाफे में निविदा दर (प्राईस बीड) जमा करना होगा। दोनो लिफाफों को एक बड़े लिफाफे मे डालकर लिफाफे के उपर **औषधी/कन्ज्यूमेबल**

क्रय हेतु निविदा वर्ष 2026–27 लिखा जावें। प्रथम लिफाफे में रखे अभिलेखो की जांच उपरान्त सही पाये जाने के पश्चात, क्रय समिति के सन्तुष्ट होने के बाद निविदा मान्य होगी। तत्पश्चात् दूसरा लिफाफा निविदा पत्र का खोला जावेगा।

14 निर्माता कंपनियां का पिछले तीन वर्ष का न्यूनतम वार्षिक टर्न ओवर 1 करोड़ अथवा निर्माता कंपनी के अधिकृत विक्रेता का पिछले तीन वर्ष का न्युनतम वार्षिक टर्न ओवर 50 लाख होना अनिवार्य है। जिसके लिए CA द्वारा Audited Annual turnover certificate संलग्न किया जाना होगा।

15 निविदादाता फर्म का छ.ग. राज्य के जीएसटी विभाग में जीएसटी जीवित पंजीयन होना चाहिए तथा विगत 03 माह का जीएसटी समाशोधन प्रमाण पत्र संलग्न करना अनिवार्य होगा। निविदादाता का छ.ग. राज्य जी.एस.टी. विभाग में पंजीयन नहीं होने से भण्डार क्रय नियम अनुसार निविदा में पात्र निविदादाता को इस कार्यालय से सूचना प्राप्ति दिनांक से 15 दिवस के भीतर छ.ग. राज्य अंतर्गत जीएस.टी. विभाग में पंजीयन कराया जाना अनिवार्य है, पंजीयन पश्चात् ही क्रयादेश जारी किया जाएगा। अन्यथा संबंधित फर्म को अपात्र कर दिया जायेगा।

16 निविदादाता फर्म का ड्रग लाइसेंस के साथ जीवित पंजीयन प्रमाण पत्र जमा किया जाना अनिवार्य होगा।

17 निविदादाता /फर्म का पेन कार्ड तथा वित्तीय वर्ष 2023–24, 2024–25, 2025–26 का इनकम टेक्स क्लीयरेंस सर्टिफिकेट प्रस्तुत करना अनिवार्य होगा। अन्यथा निविदा मान्य नही होगा। इस सबंध में किसी प्रकार का अभ्यावेदन स्वीकार नही किया जायेगा।

18 निविदादाता फर्म के गुमास्ता सर्टिफिकेट जमा किया जाना अनिवार्य है।

19 निविदा दाता का संस्थान कहां स्थित है जहां से औषधि एवं कंज्यूमेबल प्रदाय करेगा, का विवरण देना होगा।

20 प्रत्येक निविदा दाता को अमानत राशि भारतीय स्टेट बैंक अथवा अनुसूचित बैंको. के केवल डिमांड संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक के नाम से राशि रूपये 30000.00 मात्र का जमा करना होगा। डिमांड ड्राफ्ट के अलावा अन्य किसी भी प्रकार का अमानत राशि स्वीकार नहीं किया जावेगा। अमानत राशि हेतु जमा किये गये डिमांड ड्राफ्ट को निविदा की प्रक्रिया पूर्ण होने के 15 दिवस पश्चात् असफल निविदा दाता को वापस कर दिया जावेगा एवं सफल निविदा दाता की अमानत राशि निविदा की वैध तिथि तक जमा रखा जावेगा, जिस पर किसी प्रकार का ब्याज देय नही होगा।

21 औषधि/कन्जुमेबल का दर प्रत्येक निविदा दाता को अपने निविदा पत्र के साथ सुचि में दिए गए सरल क्रमांक के अनुसार कम्पयटु र टाईप कर बिना कांट–छांट किये स्पष्ट रूप से भर कर जमा करना होंगा। निविदा में प्रस्तुत दर में जीएसटी का पृथक से उल्लेख किया जाना होगा। जीएसटी के अतिरिक्त किसी अन्य प्रकार का कर मान्य नहीं होगा।

22 औषधि/कन्ज्यूमेबल आदि की गुणवत्ता निम्न स्तर के पाए जाने पर अमानत राशि राजसात कर ली जावेगी इसके लिए किसी प्रकार की अभ्यावेदन स्वीकार नही किया जायेगा।

23 आवश्यकता होने पर औषधियों एवं कंज्यूमेबल की गुणवत्ता संबंधित जांच प्रदायकर्ता के व्यय पर शासकीय प्रयोगशाला अथवा मान्यता प्राप्त व्यवसायिक प्रयोगशाला से करायी जावेगी। यदि जांच के बाद अमानक पाया जाता है तो पूरे बैच की दवाईयां वापस लेकर पुनः दूसरे बैच की दवाई प्रदाय करनी होगी।

24 आपात स्थिति में न्यूनतम दर पर किसी भी निर्माता कपंनी/अधिकृत विक्रेता से औषधियां आदि क्रय की जा सकेगी इस संबंध में किसी भी प्रकार की अभ्यावेदन स्वीकार नही किया जावेगा।

25 निविदा की वैधता एक वर्ष की होगी, आवश्यकता पड़ने पर आपसी सहमति से उक्त निविदा की वैधता को आगे बढाया जा सकता है।

26 भुगतान शासन से समय–समय पर प्राप्त निर्देश एवं आबंटन के नियमानुसार किया जावेगा।

27 भण्डार क्रय से सबंधित मामलो में उपर्युक्त नियम तथा किसी अन्य नियम के अभाव में निर्धारित नियमो का पालन किया जावेगा।

28 किसी भी विवाद की स्थिति में समिति के निर्णय से सहमत नहीं होने पर आवेदक जिला न्यायालय कोरबा के समक्ष अपील कर सकता है, जिनका निर्णय अंतिम एवं मान्य होगा।

29 निविदा की प्रक्रिया के दौरान किसी भी कारणवश निविदा की संपूर्ण प्रक्रिया निरस्त करने का सम्पूर्ण अधिकार संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक के पास रहेगा।

30 निविदादाता को संलग्न प्रारूप के अनुरूप शपथ पत्र 100.00 रू. के स्टाम्प पेपर में नोटरी द्वारा अभिप्रमाणित किया जाकर जमा किया जाना अनिवार्य है। (Annexure -1)

31 निविदा खुलने की अंतिम तिथि में किसी कारणवश परिवर्तन होने पर इसकी सूचना अग्रिम दी जावेगी।

संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक
स्व. बिसाहू दास महंत स्मृति चिकित्सा
महाविद्यालय संबद्ध चिकित्सालय कोरबा (छ0ग0)

(Annexure -1)

शपथ पत्र का प्रारूप

(निम्न शपथ पत्र 100 रूपये के स्टाम्प पेपर मे नोटरी द्वारा अभिप्रमाणित किया जा कर जमा किया जाना अनिवार्य हैं।)

शपथ पत्र(LETTER OF ACCEPTANCE)

मै/हम .... जिनकी संस्था .... पता .... जो कि निविदा प्रतिभागी है, हम यह घोषणा करते है कि औशधि एवं कन्ज्यूमेबल सामाग्री प्रदाय करने हेतु निविदा के संदर्भ में कर रहे हैं तथा यह घोषित करते हैं कि ऊपर दी गई जानकारी सत्य एवं सही है। इस संदर्भ में अस्पताल प्रभाासन को जब इस निविदा के संदर्भ में किसी अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता होगी, मेरे/हमारे द्वारा प्रदाय की जावेगी।

मै/हम अस्पताल प्र ाासन द्वारा बिना कारण बताए निविदा स्वीकृत करने अथवा अस्वीकृत करने का अधिकार को स्वीकार करते हैं एवं निविदा के कंडिका कमांक .... तक के सभी शर्ते मान्य है।

मै/हम यह भी घोषणा करते हैं कि हमारे द्वारा जो न्यूनतम दरे दी जाएगी, उससे कम दर पर हम निविदा अवधि तक किसी भी राज्य शासन/केन्द्र शासन के किसी भी उपकम/संस्था को प्रदाय नहीं करेंगे। यदि हमारे द्वारा उससे कम दर पर सामग्रियॉ प्रदाय की जा रही होंगी, तो चिकित्सा अधीक्षक को यह अधिकार होगा कि उन कम दरों पर ही सामग्रियों का भुगतान करें तथा यह मुझे/हनें स्वीकार होगा।

मै/हम स्वीकृत न्यनूतम दरों पर एक वर्ष या संस्था द्वारा निर्धारित अवधि तक औषधि एवं कन्ज्यूमेबल सामाग्री प्रदाय करेंगे।

मेरा/हमारे संस्थान को किसी भी केन्द्र/राज्य/अर्धशासकीय संस्था द्वारा काली सूची में सम्मिलित नहीं किया गया है एवं मेरे/हमारे विरूद्व किसी प्रकार का पुलिस/अपराधिक/न्यायिक प्रकरण पंजीबद्व नहीं है।

मेरे/हमारे द्वारा औषधि एवं कन्ज्यूमेबल सामाग्री को चिकित्सालय तक समय सीमा में पहुँचाना एवं वापस ले जाने का कार्य मेरे द्वारा स्वय के व्यय पर किया जाएगा।

मेरे द्वारा प्रदाय की जाने वाली औषधि एवं कन्ज्यूमेबल सामग्री का मूल्य खुदरा बाजार भाव से तथा किसी भी शासकीय संस्थान को प्रदाय किये गए दर से शासन के द्वारा निर्धारित दर से अधिक नहीं है एवं इसकी गुणवत्ता उच्च है एवं पुनः परीक्षण कराये जाने की स्थिति में व्यय की राशि का भुगतान संबंध फर्म द्वारा किया जायेगा तथा निम्न स्तर की पायी जाने पर आमनत राशि राजसात कर एवं नियमानुसार कार्यवाही हेतु सहमत हूँ।

मेरे द्वारा निविदा शर्तों का पालन नहीं करने पर संस्थान द्वारा मेरे ऊपर नियमानुसार जो भी कार्यवाही की जाती है उसके लिए मैं सहमत रहूंगा/सहयोग करूंगा और कोई भी आपत्ति नहीं करूंगा निविदा भार्तो का पालन नहीं करने पर संस्थान द्वारा नियमानुसार कार्यवाही हेतु सहमत हूँ।

मेरे द्वारा निविदा में दरें स्वीकृत होने पर निविदा की सम्पूर्ण अवधि तक मैं उन्हीं दरों पर सामग्री प्रदाय करूंगा।यदि मेरे द्वारा प्रदाय की गई दवाईयां, कन्ज्यूमेबल एवं अन्य मेडिकल सामग्री की गुणवत्ता निम्न स्तर की अथवा हानिकारक अथवा अ ुद्ध पायी गई तो मेरे द्वारा जमा की गई अमानत राशि राजसात कर ली जाए एवं मुझे ब्लेक लिस्टेड किया जाये। साथ ही यदि विभाग द्वारा कानूनी कार्यवाही की जाती है तो मुझे कोई आपत्ति नहीं होगी।

मेरे द्वारा निश्चित समयावधि में सामग्री प्रदाय न करने की स्थिति में द्वितीय दर दाता से क्रय की कार्यवाही कर उसके अंतर की राशि प्रथम स्वीकृत निविदा—दाता की धरोहर राशि/देयक से कटौती कर वसूल की जाएगी। क्रय आदेश का न्यूनतम मूल्य रूपये 100/— होने पर भी स्वीकृत सामग्री निि चत समयावधि में करना अनिवार्य होगा अन्यथा जमा धरोहर राशि राजसात कर ली जावेगी।

मेरे द्वारा यदि किसी कारणवश समय में सामग्री की आपूर्ति नहीं किए जाने की स्थिति में एल—2/एल—3/निविदा में भाग लेने वाले अन्यफर्म एल—1 दर पर देने को तैयार है तो लिया जा सकता है। यदि एल—2/एल—3/निविदा में भाग लेने वाले अन्यफर्म एल—1 दर पर देने को तैयार नहीं है तो मेरे (एल—1 फर्म) द्वारा अंतर की राशि का भुगतान किया जाएगा और एल—1 की अमानत राशि से कटौती की जावेगी।

३. मेरे द्वारा प्रदाय की गई औशधि एवं कन्ज्यूमेबल सामग्री की गुणवत्ता उत्तम है परन्तु यदि किसी कारणवश पुनः परीक्षण कराये जाने की स्थिति में व्यय की राशि का भुगतान संबंधित फर्म के द्वारा किया जाएगा तथा यह भी कथन करना होगा कि यदि प्रदाय की गई वस्तु उक्त जांच में निम्न स्तर की पायी जाती है तो अमानत राशि राजसात कर नियमानुसार अन्य कार्यवाही हेतु सहमत हूँ।

हस्ताक्षर सील सह

प्रीक्वालिफिकशन चेक लिस्ट

क्र.	विवरण	संलग्न(हॉ/नही)	पृष्ठ क्र.
1.	कार्यालय में उपस्थित होकर निविदा फार्म क्रय करने पर रसीद की कॉपी अथवा **महाविद्यालय के वेबसाइट** www.sbdmcm.edu.in से ऑनलाइन फार्म डाउनलोड कर निविदा प्रपत्र प्राप्त करने पर निर्धारित शुल्क राशि रू. 1000/- (एक हजार रूपये मात्र) की डी.डी./बैंकर्स चेक **संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक** के नाम से तकनीकी दस्तावेज के साथ प्रस्तुत किया जाना अनिवार्य होगा।		
2.	प्रत्येक निविदादातारूपये 30,000.00 (तीस हजार रूपये मात्र) अमानत राशि के रूप में डी.डी. **संयुक्त संचालक सह अस्पताल अधीक्षक** के नाम से पर एवं जो राष्ट्रीयकृत बैंक से जारी किया गया हो तकनीकी दस्तावेज के साथ प्रस्तुत किया जाना अनिवार्य होगा।		
3.	निविदादाता फर्म का ड्रग लाइसेंस के साथ जीवित पंजीयन प्रमाण पत्र की स्वहस्ताक्षरित सील (मुहर) सहित छायाप्रति।		
4.	निर्माता कंपनियां का पिछले तीन वर्ष का न्युनतम वार्षिक टर्न ओवर 01 करोड़ प्रतिवर्ष अथवा निर्माता कंपनी के अधिकृत विक्रेता का पिछले तीन वर्ष का न्युनतम वार्षिक टर्न ओवर 50 लाख प्रतिवर्ष होना अनिवार्य है। जिसके लिए CA द्वारा प्रमाणित टर्न ओवर सर्टिफिकेट स्वहस्ताक्षरित सील (मुहर) सहित छायाप्रति।		
5	निविदादाता फर्म का छ.ग. राज्य के जीएसटी विभाग में जीएसटी जीवित पंजीयन होना चाहिए तथा विगत 03 माह का जीएसटी समाशोधन प्रमाण पत्र की स्वहस्ताक्षरित सील (मुहर) सहित छायाप्रति।		
6.	निविदादाता/फर्म का पेन कार्ड तथा वित्तीय वर्ष 2023-24, 2024-25, 2025-26 का इनकम टेक्स क्लीयरेंस सर्टिफिकेट की स्वहस्ताक्षरित सील (मुहर) सहित छायाप्रति।		
7.	निविदादाता फर्म के गुमास्ता सर्टिफिकेट की स्वहस्ताक्षरित सील (मुहर) सहित छायाप्रति।		
8	निर्माता कंपनी का WHO-GMP, ISO and CE सर्टिफिकेट की स्वहस्ताक्षरित सील (मुहर) सहित छायाप्रति।		
9	विगत दो वर्ष 2024-25, 2025-26 में शासकीय संस्थान में प्रदान की गई औषधि/कन्ज्यूमेबल का अनुभव प्रमाण पत्र की स्वहस्ताक्षरित सील (मुहर) सहित छायाप्रति।		
10	निर्माता कंपनी के अधिकृत विक्रेता प्रमाण (Authorization Letter) जिसमें निविदा क्रमांक उल्लेख हो का जमा किया जाना अनिवार्य है।		
11	निविदादाता की सभी शर्तो को स्वीकार करने संबधी शपथ पत्र राशि रूपये100 के स्टाम्प पेपर में नोटरी द्वारा अभिप्रमाणित किया जा कर मूल प्रति प्रस्तुत किया जाना जाना अनिवार्य है।		

LIST OF MEDICINES/CONSUMABLE/LENS

S.No.	Name of Medicine	Company	Unit	Unit Rate	GST %	GST Amount	Total Amount
A	**EYE DROPS (PLASTIC PACK)**						
1	E/D CIPROFLOXACIN 5 ml Vial	Centaur	1 NOS				
2	E/D MOXIFLOXACIN (5mg) + PREDNISOLONE acetate (10mg) 10ml /vial	Ajanta	1 NOS				
3	E/D MOXIFLOXACIN 0.5% (5ml)	Centaur	1 NOS				
4	E/D TROPICAMIDE (0.8%)+ PHENYLEPHERINE (5%) 5ml/vial	Sunways	1 NOS				
5	E/D HOMATROPINE 2% 5ml/vial	Indoco	1 NOS				
6	E/D TIMOLOL 0.5 %, 5ml/vial	FDC	1 NOS				
7	E/D PILOCARPIN 2%, 5ml/vial	FDC	1 NOS				
8	E/D Povidone Iodine Steril Ophthalmic Prep Solution – (5%)5ml /vial	Appasamy	1 NOS				
9	E/D PROPARACAINE 0.5% , 5ml/vial	Sunways	1 NOS				
B	**EYE OINTMENT**		1 NOS				
10	CIPROFLOXACIN EYE OINTMENT 0.3% (10g)	Centaur/FDC					
11	MOXIFLOXACIN EYE OINTMENT 0.5% (5g)	Jawa/FDC	1 NOS				
12	ATROPIN EYE OINTMENT 1%(5g)	Jawa	1 NOS				
C	**INJECTION**		1 NOS				
13	INJ. XYLOCAIN 2 % 30 ml Vial	Neon/Astra Zeneca/Cadila/ Wockhardt	1 NOS				
14	INJ. XYLOCAIN 2 % with ADRENALIN 30 ml Vial	Neon/Astra Zeneca/Cadila/ Wockhardt	1 NOS				
15	INJ. SENSORCAIN/BUPIVACAIN 0.5 % 20 ml Vial	Astra Zeneca/Cadila/ Wockhardt	1 NOS				
16	INJ. HYNIDASE 1500 unit/Vial	Shreya/Entod/Samarath	1 NOS				
17	METHYL CELLULOSE 2%in prefilled Syringe 3 ml	Appasamy	1 NOS				
18	METHYL CELLULOSE 2% in 5 ml Vial	Appasamy	1 NOS				
19	INJ. Pilocarpin 0.5% 1ml	Entod	1 NOS				
20	BALANCED SALT SOLUTION OPHTHALMIC 500 ml	Appasamy/Lavue	1 NOS				
21	TRYPAN BLUE OPHTH. SOLUTION (0.06%) 1 ml(VISIBLUE)	Appasamy/Indoco	1 NOS				

22	Inj. Vancomycin Hydrochloride 500mg	Cipla	1 NOS				
23	INJ CEFTAZIDIME 1000mg	Cipla	1 NOS				
D	**SURGICAL HAND GLOVES**						
	Disposable Pair (Sterlized)	SURGICARE					
24	Sterile Disposable Surgical Gloves 6 ½,	SURGICARE	1Pair				
25	Sterile Disposable Surgical Gloves7	SURGICARE	1Pair				
26	Sterile Disposable Surgical Gloves7½,	SURGICARE	1Pair				
	OTHERS						
27	EYE DRAPE Sheet Size 100 X 75 cm and	Surgiwear/BSN	1 NOS				
28	BETADINE SOLUTION 5 % 500 ml	Win-medicare/ Wockhardt	1 NOS				
29	SURGICAL BLADE No 11 No. DISPOSABLE	GLASSVAN/ LISTER	1 NOS				
30	SURGICAL BLADE No 15 No. DISPOSABLE	GLASSVAN/ LISTER	1 NOS				
31	DISPOSABLE SYRINGE 5 ml	DISPOVAN	1 NOS				
32	DISPOSABLE SYRINGE 2 ml	DISPOVAN	1 NOS				
33	DISPOSABLE HYPODERMIC NEEDLE 23 G	DISPOVAN	1 NOS				
34	DISPOSABLE INSULIN NEEDLE 26 G ½ inch length	DISPOVAN	1 NOS				
35	DISPOSABLE OT GOWN FOR SURGEON each Packed separetely	Surgiwear	1 NOS				
36	10-0 Nylon Non-Absorbable Surgical Suture with Double Needle, 40cm (16"), 6mm, 3/8 circle Spatulated double armed (Box of 12 pieces)	Ethicon / Aurolab/Heathium	1 Box				
37	08-0 Vicryl Absorbable Suture, 12mm ,3/8 Circle Reverse Cutting Needle (Box of 12 pieces)	Ethicon / Aurolab/Heathium	1 Box				
38	06-0 Vicryl Absorbable Suture, 8mm ,1/4 Spatulated Micro Point Duble Armed (Box of 12 pieces)	Ethicon / Aurolab/Heathium	1 Box				
39	05-0 Silk Non Absorbable Suture, 16mm ,3/8 Circle Round Bodied (Box of 12 pieces)	Ethicon /Truesilk/Heathium	1 Box				
40	Crescent Knife Disposable	Webaledge/ Indo Sharpedge/Platinum Edge	1 NOS				
41	Keratome Angled 2.8mm Disposable Blade	Webaledge/ Indo Sharpedge/Platinum Edge	1 NOS				
42	Lance Tipe 15 Degree Disposabel Blade	Webaledge/ Indo Sharpedge/Platinum Edge	1 NOS				
43	Bulb for opthalmic Operating Microscope 15V, 150 Watt	Philips	1 NOS				

44	Black Goggle		1 NOS				
45	Ear Bud	Johnson and Johnson	100 NOS				
G	**FOLDABLE LENS**						
46	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)17.00 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
47	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)18.00 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
48	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)19.00 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
49	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)20.00 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
50	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)20.50 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
51	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)21.00 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
52	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)21.50 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
53	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)22.00 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
54	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)22.50 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
55	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)23.00 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
56	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)24.00 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
57	Intra Ocular Lens (Foldable biconvex, U.V. Protection/Yellow Square Edge)25.00 D	SUPRAPHOB/ AQUAFOLD/CARE GROUP/ACRYFOLD	1 NOS				
F	**NON-FOLDABLE LENS**						
58	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 5.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
59	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 8.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				

60	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 10.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
61	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 12.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
62	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 14.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
63	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 15.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
64	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 16.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
65	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 17.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
66	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE18.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
67	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 18.50 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
68	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 19.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				

69	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 19.50 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS					
70	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 20.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS					
71	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE20.50 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS					
72	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 21.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS					
73	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 21.50 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS					
74	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 22.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS					
75	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 22.50 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS					
76	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 23.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS					
77	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 23.50 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS					

78	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 24.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
79	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 24.50 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
80	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 25.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
81	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 26.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
82	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 27.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
83	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 28.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
84	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 29.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				
85	PMMA, NON FOLDABLE(RIGID) INTRA OCULAR LENS (BICONVEX, U.V. PROTECTION, YELLOW , SQUARE EDGE 30.00 D	SHARP VIEW/ APPALENS/LIBERTY LENS/ CARE GROUP/GLOW VISION	1 NOS				