OFFICE OF THE CHIEF MEDICAL & HEALTH OFFICER. RAIPUR C.G.

TERMS & CONDITIONS FOR RATE CONTRACT OF

CMPHTF/ RURBAN MISSION - 2023-24

निविदा प्रपत्र

वर्ष 2023–24

मुख्यमंत्री शासकीय अस्पताल रूपांतरण कोष/रूर्बन मिशन अंतर्गत स्वीकृत उपकरण क्रय कार्य हेतु निविदा आमंत्रित

कार्यालय मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला रायपुर के द्वारा मुख्यमंत्री शासकीय अस्पताल रूपांतरण कोष एवं रूर्बन मिशन अंतर्गत वित्तीय वर्ष 2023–24 के लिए स्वीकृत उपकरण क्रय कार्य हेतु संबंधित कार्यों में शामिल फर्मो से निविदा आमंत्रित की जाती है। निविदा प्रपत्र हेतु निर्धारित राशि 2000/– (दो हजार रू मात्र) मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी रायपुर के नाम से जारी डिमांड ड्राफ्ट/चेक के माध्यम से अनिवार्य रूप दिया जाना होगा, उक्त राशि वापसी योग्य नही है। निविदा प्रपत्र भरकर स्थानीय कार्यालय में रजिस्टर डॉक, स्पीड पोस्ट के माध्यम से जमा कर सकते है।

- निविदा प्रपत्र खरीदने की अंतिम तिथि :– 20.07.2023 – समय दोपहर 12.00 बजे तक
- निविदा जमा करने की अंतिम तिथि :– 20.07.2023 – समय दोपहर 1.30 बजे तक
- निविदा खोले जाने की अंतिम तिथि :– 20.07.2023 – समय अपरान्ह 04.00 बजे तक

निविदा खोलने की तिथि एवं समय में अपरिहार्य कारणों से परिवर्तित किया जा सकता हैं, जिसकी सूचना कार्यालय के सूचना पटल में चस्पा कर दी जाएगी।

निविदा प्रपत्र मूल्य 2000/– रू.

क्रय वर्ष 2023–24 के लिए आवश्यक शर्ते

1. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी छ.ग. के निविदा प्रक्रिया में मुख्यमंत्री अस्पताल रूपांतरण कोष अंतर्गत स्वीकृत उपकरण क्रय कार्य हेतु निर्माताओं तथा उनके अधिकृत विक्रेताओं से संलग्न परिशिष्ट में दर्शाये अनुरूप निविदा आमंत्रित की जा रही हैं जिसमें सिर्फ निर्माता कम्पनियाँ अथवा उनके द्वारा अधिकृत विक्रेता ही भाग ले सकते हैं।
2. निविदा छत्तीसगढ़ शासन भण्डार क्रय नियम 2002 (यथा संसोधित 2022) नियमों के तहत् आमंत्रित की जा रही हैं। छत्तीसगढ़ शासन भंडार क्रय के सभी नियम लागू रहेंगे।
3. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, जिला रायपुर द्वारा निविदा में रखी गई शर्तें मान्य होगी तथा अस्वीकृत कर दी जावेगी।
4. निविदा में निर्माता कम्पनियों अथवा उनके द्वारा अधिकृत डिस्ट्रीब्यूटर को मान्य किया जाएगा।
5. एक मुख्य सील बंद लिफाफे में उपर में प्रस्तावित कार्य का विवरण निविदा वर्ष 2022–23 लिखा हो, इस मुख्य लिफाफे के अन्दर निम्नानुसार होने चाहिए–1. तकनीकी लिफाफा (Technical Bid) 2. दर लिफाफा (Price Bid)
6. मुख्य सील बंद लिफाफा प्रतिनिधियों के समक्ष खोला जायेगा जिसमें उपलब्ध दो लिफाफे में से तकनीकी लिफाफा (Technical Bid) को प्रथम खोला जायेगा।

6.1 निर्माता कम्पनी को तकनीकी लिफाफा (Technical Bid) में निम्न प्रमाण प्रत्र संलग्न करना होगा अन्यथा निविदा लिफाफा निरस्त किया जायेगा।

- निविदाकर्ता का नाम एवं संपूर्ण पता टेलीफोन, मोबाईल, फैक्स नंबर एवं ईमेल आईडी. एड्रेस प्रूफ सहित।
- निर्माता– लायसेंस जिसका पंजीयन जीवित हो/अधिकृत वितरक एजेंसी संबंधी दस्तावेज।
- .जी.एस.टी. नंबर।
- पेन कार्ड नंबर (मुख्य प्रवर्तक का)
- बेहतर सप्लाई/कार्य का अनुभव प्रमाण पत्र।
- शपथ पत्र (दिये हुए प्रारूप में)
- (Turn Over) का प्रमाण पत्र–3 वर्ष का विक्रय प्रमाण पत्र विक्रय कर अधिकारी अथवा चार्टड एकाउन्टेंट द्वारा प्रदत्त होना अनिवार्य हैं)
- 1,00,000.00 (एक लाख रु मात्र) रूपये का डिमांड ड्राफ्ट सुरक्षा निधि के रूप जमा करना अनिवार्य होगा जो कि **CHIEF MEDICAL & HEALTH OFFICER RAIPUR** के पक्ष में देय होना चाहिए संलग्न करना होगा।
- निर्माता कंपनी का आई.एस.ओ., सी.ई., बी.एस. प्रमाण पत्र निविदा जारी होने के दिनांक से पूर्व का होना अनिवार्य है।

6.2 अधिकृत डिस्ट्रीब्यूटर– को तकनीकी लिफाफा (Technical Bid) में निम्न प्रमाण पत्र संलग्न करना होगा अन्यथा की स्थिति में आपकी निविदा लिफाफा निरस्त कर दिया जायेगा।

- निविदाकर्ता का नाम एवं संपूर्ण पता टेलीफोन, मोबाईल, फैक्स नंबर एवं ईमेल आईडी. एड्रेस प्रूफ सहित।
- अधिकृत एजेंसी का उसे निर्माता कंपनी का निर्माता प्रमाण पत्र।
- जी.एस.टी. नंबर।
- पेन कार्ड नंबर (मुख्य प्रवर्तक का)
- बेहतर सप्लाई/कार्य का अनुभव प्रमाण पत्र।
- शपथ पत्र (दिये हुए प्रारूप में)
- (Turn Over) का प्रमाण पत्र 3 वर्ष का (विक्रय प्रमाण पत्र विक्रय कर अधिकारी अथवा चार्टड एकाउन्टेंट द्वारा प्रदत्त होना अनिवार्य हैं)

- निर्माता कंपनी द्वारा प्रदत्त अधिकृत डिस्ट्रीब्यूटर प्रमाण पत्र सामग्रीवार।
- अधिकृत एजेंसी का आई.एस.ओ., सी.ई., बी.एस. प्रमाण पत्र निविदा जारी होने के दिनांक से पूर्व का होना अनिवार्य है।
- तीन साल का लेखा परीक्षा एवं अंतिम विवरण संबंधी दस्तावेज।
- 1,00,000.00 (एक लाख रू मात्र) रूपये का डिमांड ड्राफ्ट सुरक्षा निधि के रूप जमा करना अनिवार्य होगा जो कि मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी रायपुर के पक्ष में देय होना चाहिए संलग्न करना होगा।

7. 1,00,000.00 (एक लाख रू मात्र) का डी.डी. के रूप में ई.एम.डी. सुरक्षा निधि का छोड़कर सभी प्रमाण पत्रों की स्पष्ट छायाप्रति की राजपत्रित अधिकारी/नोटरी सत्यापन तिथि एवं पदमुद्रा सहित सत्यापित कराकर जमा करना अनिवार्य हैं।

8. क्रय समिति आपके द्वारा छायाप्रति के रूप में जमा किये गए दस्तावेजों के मिलान हेतु मूल प्रति से करने का अधिकार सुरक्षित रखती हैं।

9. तकनीकी लिफाफा (Technical Bid) खुलने के दिन एक मे निविदाता या उनके द्वारा अधिकृत प्रतिनिधि (अधिकृत प्रमाण पत्र सहित) उपस्थित हो सकते हैं।

10. तकनीकी लिफाफा (Technical Bid) में सभी सामग्री का कंपनी सर्टिफाईड प्रोडक्ट कैटलॉग होना अनिवार्य है।

11. उपकरण के यूरोपियन मेक होने पर EU –CE होना आवश्यक है। तत् संबंध में प्रमाण पत्र संलग्न किया जाना है।

12. शासकीय संस्थाओं में चिकित्सकीय उपकरण सप्लाई का अनुभव होना अनिवार्य है।

13. छ.ग. शासकीय अस्पताल में पूर्व में चिकित्सकीय उपकरण सप्लाई करने वाले अनुभवी निर्माता या एजेंसी को प्राथमिकता दी जाएगी। अनुभव का प्रमाण पत्र संलग्न करना अनिवार्य है।

14. वित्तीय 3 वर्षो का (Trun Over) होना अनिवार्य है।

15. Joint Venture मान्य नही होगा।

16. निविदा में प्रत्येक मद आईटम की इकाई दर राज्य अथवा केन्द्रीय शासन के द्वारा अनुबंधित दर एवं अधिकतम खुदरा मूल्य से अधिक नही होना चाहिए। जिला स्वास्थ्य समिति रायपुर छ.ग. का शासकीय अनुबंधित दर (Govt. Price Control) के अनुरूप प्रस्तावित दरों में संशोधन का अधिकार सुरक्षित रहेगा। यह स्वंविवेकी अधिकार निविदाकार के प्रति प्रदाय दर में परिवर्तन नही किया जावेगा।

17. प्रदान किये जाने के अनुबंध होने के बाद प्रदायकर्ता किसी भी कारण से प्रदाय दरों में अनुबंधित अवधि के दौरान दर के बाद प्रदायकर्ता किसी कारण से प्रदाय दरों में अनुबंधित अवधि के दौरान प्रदाय दर में परिवर्तन नही कर सकेगा।

18. उत्पादन शुल्क में बढ़ोतरी होने की दशा में निविदाकार बिना अनुबंधित दरों में संशोधन किये, अतिरिक्त व्यय को एक अलग देयक के रूप में संबंधिता उत्पाद शुल्क अधिकारी के लिखित सहमति के बाद भुगतान हेतु प्रस्तुत करेगा।

19. उचित गुणवत्ता की वस्तु का चयन किया जा सके, इस हेतु यह आवश्यक हैं कि प्रदाय की जाने वाली वस्तु नमूना देखने का अधिकार क्रय अधिकारी को होगा।

20. दर का निर्धारण दिये नये प्रारूप में ही अलग अलग अंकित करें। शासन के नियमानुसार बेसिक दर से अतिरिक्त देयक के साथ कर टैक्स की मान्य होगा। सरकार किसी भी प्रकार का अतिरिक्त भाड़ा अथवा अन्य व्यय मान्य नही होगा।

21. स्वीकृत निविदाकार द्वारा जमा करायी गयी अमानत राशि का डी.डी./एफ.डी.आर. निविदा समाप्ति तक जमा रखा जावेगा। जिस पर किसी भी प्रकार का ब्याज देय नही होगा तथा अस्वीकृत निविदाकार के अमानत राशि 25 दिवस के उपरांत लिखित आवेदन पत्र के बाद वापस किया जाएगा।

22. यदि निविदाकर्ता दी गई अवधि कार्य आदेश के 45 दिनों में कार्य पूर्ण नही करता है तो आदेश स्वतः निरस्त हो जावेगा कार्य को एल–2 निविदकर्ता को देय राशि/सुरक्षा निधि से समायोजन किया जावेगा।

निविदाए खोली जाने के बाद निविदाकार को लिपिकीय अथवा मुदलेखकीय त्रुटि के लिए सुधारने का अवसर नही दिया जावेगा। ऐसी शर्तो जैसे Subject to availability will be made as and when received etc. को अपूर्ण निविदा जानकर निरस्त करने की कार्यवाही की जावेगी।

24. अनुबंध की शर्तो का पालन नही करने पर निविदाकार को अगले पाच वर्षो के लिए अयोग्य घोषित कर दिया जावेगा।

25. निविदा समिति को किसी भी निविदा को बिना किसी कारण के दर्शाए किसी एक अथवा सम्पूर्ण निविदा को स्वीकारने अथवा निरस्त करने के अपने अधिकार को सुरक्षित रखते हैं।

26. निविदादाता द्वारा प्रस्तुत की जाने वाली तकनीकी लिफाफा (Technical Bid) के समस्त दस्तावेजो में एवं प्राईस बीड में प्रत्येक पृष्ठ पर हस्ताक्षर एवं नाम लिखा अनिवार्य हैं।

27. कोई भी निविदाकार किसी ऐसे मद आईटम के लिये दरें नही प्रस्तुत करेगा। जिन्होनें पूर्व में छत्तीसगढ़ शासन अथवा शासन द्वारा काली सूची में रखा गया हो निविदा प्रक्रिया में भाग नही ले सकेगा।

28. निविदाकर्ता यदि आदेश में दर्शायी कंपनी को बदलकर अन्य कंपनीयों को सामग्रीयों प्रदाय करता हैं तो मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी को उसकी निविदा/अनुबंध को तत्काल समाप्त करने का अधिकार रहेगा। तथा सुरक्षा निधि राजसात कर ली जावेगी। निविदाकर्ता को भविष्य में तीन वर्ष के लिए प्रतिबंधित कर दिया जावेगा।

29. यदि कोई उत्पादन किसी कंपनी के एकल स्वामित्व का हो तो, उसका एकल स्वामित्व प्रमाण पत्र जमा करना अनिवार्य होगा।

30. संबंधित संस्था को एफ.आई.आर. तथा शासन द्वारा काली सूची (Black listed) नही होने का शपथ पत्र जमा करना अनिवार्य होगा।

31. <u>भुगतान व्यवस्था:-</u>

1. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी जिला रायपुर छ.ग. आदेश के विरूद्ध भुगतान हेतु सक्षम अधिकारी होगें।
2. प्रदाय आदेश के विरूद्ध कोई अग्रिम राशि का भुगतान नही किया जावेगा।
3. भुगतान माल का बिल की प्राप्तकर्ता के प्रपत्रों के आधार पर ही किया जावेगा।
4. भुगतान पूरी तरह से छत्तीगसढ़ शासन के भंडार क्रय नियमों के अंतर्गत ही किया जावेगा।
5. अग्रिम राशि अथवा प्रतिभूति राशि के विरूद्ध किसी किस्म का ब्याज देय नही होगा।
6. प्रत्येक प्रदायगी मद के विरूद्ध परीक्षण शुल्क काटकर भुगतान किया जायेगा।
7. यदि प्रदायगी टूटफूट अथवा हानि की स्थिति में प्राप्त होती है तो उसे अस्वीकार कर दिया जावेगा।

उपरोक्त निविदा की शर्तो के उल्लघंन करने पर जुर्माना किया जा सकेगा। अमानक स्तर की सामग्रीयों को 30 दिन के भीतर बदलकर देगा यदि प्रदायकर्ता ऐसा नही करता है तो उसे काली सूची में रखा जायेगा। और 3 वर्ष के लिए जिला स्वास्थ्य समिति की निविदा में भाग लेने से प्रतिबंधित कर दिया जायेगा।

32. <u>विशेष शर्ते:-</u>

<u>1.</u> सभी प्रदायगी मूल पदाय पत्र व इनवाईस के साथ होना चाहिए छायाप्रति स्वीकार नही होगी।
<u>2.</u> कंपनी का नाम बड़े अक्षरों में लिखा होना चाहिए।
<u>3.</u> प्रदायगी से संदर्भित पत्र व्यवहार मुद्रित अथवा सुस्पष्ट हस्तलिपी में होना चाहिए।
<u>4.</u> दावा आपत्ति निराकरण दिवस में इच्छुक निविदाकार को निविदा संबंधी प्रस्तुतीकरण तय समय में देना होगा।

स्वीकार निविदा को रूपये 50.00 के व्यावसायिक मुद्रांक पर इकरारनामा नोटरी से अभिप्रामणित कर प्रस्तुत करना होगा कि:-

1. मैं निविदा कर्ता में निहित कंडिका 01 से 33 तक के सभी शर्तो का पालन करूंगा।
2. यदि मेरे द्वारा प्रदाय की गई सामग्री की गुणवत्ता परीक्षण कराये जाने की स्थिति में व्यय की राशि का भुगतान मेरे द्वारा किया जावेगा तथा निम्न स्तर की पायी गयी तो अमानत राशि राजसात कर एवं नियमानुसार कार्यवाही हेतु सहमत हूँ।
3. मेरे द्वारा निविदा शर्तो का पालन नही करने पर संस्थान द्वारा मेरे उपर नियमानुसार जो भी कार्यवाही की जाती हैं उसके लिए मैं सहमत रहूंगा/सहयोग करूंगा और कोई भी आपत्ति नही करूंगा निविदा शर्तो का पालन नही करने पर संस्थान द्वारा नियमानुसार कार्यवाही हेतु सहमत हूँ।
4. निविदा में दरें स्वीकृत होने पर निविदा की सम्पूर्ण अवधि तक मैं उन्ही दरों पर सामग्री प्रदाय करूंगा।
5. निविदा किसी भी चरणों में समिति द्वारा निरस्त कि जा सकेगी।

34. निविदा हेतु आवश्यक प्रपत्र –

1.	ANNEXURE –1	-	TECHNICAL BID
2.	ANNEXURE –2	-	PRICE FORMAT
3.	ANNEXURE –3	-	NON BLACK LISTED AFFIDAVIT
4.	ANNEXURE –4	-	TOTAL TURNOVER CERTIFICATE- AFFIDAVIT
5.	ANNEXURE –5	-	DECLARATION FORM
6.	ANNEXURE – 6	-	MANUFACTURER'S AUTHORISATION FORMAT
7.	ANNEXURE – 7	-	INFORMATION SERVICE CENTER
8.	ANNEXURE – 8	-	ISI/CE/I.S.O. 9000-14000 Certificate of Manufacturer /I.S.I registration

मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी
जिला रायपुर (छ.ग.)

Annexure-1

Technical Bid

(In Separate sealed cover-I super scribed "Technical Bid")

S.No.	Details of the Tenderer/Bidder	Page No.	Remarks
1	Name and Address of the Tenderer/Bidder		
2	Complete Address:		
3	State clearly whether it is sole proprietor or Partnership firm or a company or a Government Department or a Public Sector Organization		
4	Details of the Earnest Money Deposit (EMD) (Yes/No) DD No: Dated: Drawn on Bank: Amount: (Rupees…………………………………………)		
5	Details of the cost of the Tender documents (Yes/No) DD No: Dated: Drawn on Bank: Amount: (Rupees…………………………………………)		
6	Whether each page of NIT and its annexure have been signed and stamped		
7	Whether Bidders have quoted for each and every item mentioned in Financial Bid (Yes/No) (If No, then please attach a list of quoted items with the Technical Bid without indicating price)		
8	Email ID		
9	Contract No.		
10	GST No. (Copy Attach)		

Date :

Place :

Name :

Business Address :

Signature of Bidder :

Seal of the Bidder :

Annexure – 2

दर भरें जाने का प्रारूप

नोटः–

1. निविदाकर्ता को निविदा दर स्पष्ट अक्षरों में तथा भारतीय रूपये में लिखा जाना चाहिए।
2. किसी भी अन्य शर्तो के लिये जिसका उल्लेख किया जाना निविदाकर्ता आवश्यक समझता हैं, निविदा में उल्लेख आवश्यक रूप से करें।

SCHEDULE OF QUANTITY - PART 'C'						
1- Major Component – X-RAY MACHINE 300MA						
Name of Work:- CMPHTF						
Sr. No.	Item	Unit/ Sqft	Qty.	Rate (in Rs.)		Amount
				In Words	In Figures	
1	**Technical Specifications** X-Ray Machine with Floor to Ceiling Stand X-Ray Tube – Rotating Anode, Dual Focus X Ray Tube with pair of HV CablesFocal SpotSize 1mm x 2mm with Aluminum Filter **Generator** a) Line Frequency Full Wave Rectified X-Ray Generator b) KV Range 40-125 kVp (Step of 2kV) c) Maximum mA -300mA with range 50-300 (in 4 Steps) Microprocessor Timer for accurate Exposures. **Control Panel** Should be ergonomic design with full safety a) Should be APR Panel with Real useful Features b) Operating Key Pad should be bigger enough to identify keys easily. c) It should be single touch selection system. d) Option to select different Patient Physique and X-Ray View. e) Factory Reset option should be there to Reset all settings to default. f) Auto selection of Bucky with Manual Option should be provided. g) Analog Voltmeter and mA Meter should be provided. h) Digital Display of factors should be available on LCD. i) Voltage compensation switches should be provided. j) Should not be a Variac based system. k) High Voltage Safety feature should be provided. l) Double Exposure protection should be provided. Control should be switched off if not used for 10 minutes. **Power Supply** a) 400-440 Volts b) AC 50 Hz c) 3 Phase with 3 Phase to Single Phase Transformer Line Regulation +/- 10% **HT Tank** : Should be a fully compatible HT Tank with HT Transformer, FilamentTransformer, Rectifiers all immersed in High Grade Transformer Oil. **Table** : Multiposition Table with Foot Rest and Standard Accessories **Certification** : Should be AERB approved system, Company should be ISO Certified					

	Accessories – 1- Chest Stand 2- Rotating Patient Table 3- Lead Apron-2 4- Xray-Films (12x15) -02 Packet 5- Dark room accessories (4 Tank, Red Bulb, X-ray film Stand, Devoloper, Fixer) 6- Lead Barrier Min.3 m.m. 7- X-Ray casete 10x12, 12x14, 8x10						

SCHEDULE OF QUANTITY - PART 'C'

2- Major Component – Automatic Autoclave

Name of Work:- CMPHTF

Sr. No.	Item	Unit/ Sqft	Qty.	Rate (in Rs.)		Amount
				In Words	In Figures	
1	**Specifications** • TypeAH-21 L • Height mm425 • Power W2000 • Length mm590 • Chamber diam. x depth mm250 x 430 • Width mm680 • Capacity l21 **Product overview** This autoclave is microprocessor controlled and monitored with 10 sterilisation programmes of which 4 are fixed and 6 are freely selectable and has bacteriological filters included by default. • Operating temperature range 100 °C to 134 °C • On request, also available with B Class • RS 232 interface • Fully automatic functions • With water reservoir, pre-vacuum and drying • Case and lid shrouding are AISI 304 stainless steel • Sterilisation chamber, lid and sealing system are AISI 316 stainless steel • Electrical heating with protected heating elements • Safety pressure valve • Safety thermostat • Automatic steam controlled by Touch Screen microprocessor • Manual valves for emptying the sterilisation chamber and for draining steam • Equipped with mesh stand on the chamber base and trays • Supply requirements: 230 V 16 A single phase					

Annexure – 3

CERTIFICATE

(To be submitted on letter head of the company/firm)

I/We hereby certify that the above firm has not been ever blacklisted by any Central/State Government/Public Undertaking/Institute on any account. I/We also certify that firm will be supplied the item as per the specification given by Institution and also abide all the terms & conditions stipulated in tender. I/We also certify that the information given in bid is true and correct in all aspects and in any case at a later date it is found that any details provided are false and incorrect, any contract given to the concern firm or participation may be summarily terminated at any state, the firm will be blacklisted and Institute may imposed any action as per NIT rules.

Date :
Place :

Name :
Business Address :
Signature of Bidder :
Seal of the Bidder :

ANNEXURE - 04

TURNOVER CERTIFICATE

Turnover in the financial year of

Sr. No.	Financial Year	Turnover (In Rs.)
1.	2020-2021	
2.	2021-2022	
3.	2022-2023	
Total		
Average Total		

Note – 1. Turnover of year 2020-21 / 2021-22 /2022-23 can also be eligible.

1. **Annual Turnover of Construction should be certified by the Chartered Accountant.**

Signature of Statutory Auditors

(with seal & registration no.)

Signed

(Name of the Authorized Signatory)

For and on behalf of (Name ofthe Bidder)

Designation –

Place –

Date –

ANNEXURE – 05

DECLARATION FORM

I/We ………………………………………having my/our …………………………… office at do declare that I / We have carefully read all the terms & conditions of tender of the , CMPHTF - CHIEF MEDICAL AND HEALTH OFFICER RAIPUR (C.G) for the bid no. ………………………………… Approved rate will remain valid for a period of one year from the date of approval.I will abide with all the terms & conditions set forth in the tender.

I/We do hereby declare I/We have not been de-recognized / black listed by any State Govt. / Union Territory / Govt. of India / Govt. organization / Govt. Health Institutions for supply of Not of Standard Quality (NSQ) items / part-supply / non-supply. I/We agree that the Tender Inviting Authority can forfeit the Earnest Money Deposit and or Security Deposit and blacklist me/us for a period of 5 years if, any information furnished by us proved to be false at the time of inspection / verification and not complying with the Tender terms & conditions.

I / We further declare that I / We possess valid manufacturing license / authorized distributor/ authorized dealer bearing no…………………………………………………………………..Valid upto…………………I/We………………………… do hereby declare that I / we will supply the_as per the terms, conditions & specifications of the tender document. I / we further declare that I / we have a service centre / will establish a service centre within one month of installation of the equipment in Chhattisgarh.

Name & Address of the Firm:
Signature of the bidder:

Date :

ANNEXURE – 06

MANUFACTURER'S AUTHORISATION FORMAT

To

CHIEF MEDICAL & HEALTH OFFICER,
DISTRICT,RAIPUR (C.G)

Ref:_____________.

Dear Sir,

We....................................who are established and reputed manufacturer's of (name and description of items offered) having factories at (Address of Factory) do hereby authorize M/s (Name and address of Distributor / Agent) to submit a bid and sign the contract with you against the above referred tender. We also extend our full guarantee for the items quoted by M/s.........................as per the terms and conditions in your tender under reference above.

Yours faithfully,

Name of the Manufacturer
(Signature with seal)

Note: This letter of authority should be on the letter head of the manufacturer and should be signed by a person competent and having the power of attorney to bind the manufacturer. It should be includedin the bid submitted by the tender if the tender is not the manufacturer.

ANNEXURE - 7

Service center

Name Bidder..

Sl. No.	Item Name	Manufacturer Name	Warranty Year	Guarantee Year	Service center	Service center Toll free No
1						
2						
3						
4						

ANNEXURE – 8

ISI/CE/I.S.O. 9000-14000 Certificate of Manufacturer /I.S.I registration

Name Bidder...

S.No	Manufacturer Name/Adress	ISI/CE/I.S.O. issue date/No	Issued by

submitt ISI/CE/I.S.O. Certificate