नेपाल नेत्रज्योति संघ
हिमालय आँखा अस्पताल
घारीपाटन, पोखरा

शिलबन्दी बोलपत्र आवह्नको सूचना

सूचना प्रकाशित मिति : २०८१/०२/३१

यस अस्पतालको लागि आ.व. २०८१/०८२ मा आवश्यक पर्ने तपशिल बमोजिमका सामानहरु बोलपत्र माध्यमबाट खरिद गनुपर्ने भएकोले निम्न शर्तहरुको अधिनमा रहि शिलबन्दी बोलपत्र पेश गर्न सम्बन्धित सबैको जानकारीको लागि यो सूचना प्रकाशित गरिएको छ ।

शर्तहरु:

१) बोलपत्र सम्बन्धी सूचना प्रकाशित भएको मिति देखि २१ औं दिन मिति २०८१/०३/१९ गते कार्यालय समय सम्म यस हिमालय आँखा अस्पतालको लक्ष्मी सनराईज बैंक लिमिटेड, विरौटा शाखामा रहेको खाता नं. १३९११०००३९३ मा बोलपत्र दस्तुर वापतको देहायमा उल्लेखित रकम (फिर्ता नहुने) जम्मा गरी वा अस्पतालको लेखा शाखामा बुझाई फर्म दर्ता प्रमाणपत्र, आर्थिक वर्ष २०८१/०८२ सम्मको लागी सम्बन्धित व्यवसाय गर्न पाउने गरी नविकरण गरिएको इजाजत पत्र, कर दर्ता प्रमाणपत्र, आ. व. २०७९/८० सम्मको कर चुक्ता प्रमाण पत्रको प्रतिलिपि अनिवार्य रूपमा पेश गरी बोलपत्र फारम खरिद गर्न सकिनेछ ।

२) यसरी खरीद गरिएको बोलपत्र फारम साथ आ. व. २०८१/०८२ सम्म सम्बन्धित व्यवसाय सञ्चालन गर्नको लागि नविकरण सहितको फर्म/कम्पनी दर्ता प्रमाण पत्र, व्यवसाय सञ्चालन गर्न पाउने इजाजत पत्र, आयकर दर्ता प्रमाणपत्र, आ.व. २०७९/०८० सम्मको कर चुक्ता प्रमाणपत्र, स्थानिय पालिका दर्ता प्रमाण पत्र र अन्य फर्म सँग सम्बन्धीत कागजातहरु नोटरी पब्लीकबाट अनिवार्य रुपमा प्रमाणित गराई, बोलपत्र फारम खरिद दस्तुर बुझाएको रसिद वा भौचर समेत संलग्न राखी मिति २०८१/०३/२० गते दिनको १२.०० बजे भित्र अस्पताल प्रशासनमा दर्ता गराई सक्नु पर्नेछ । तोकिएको म्याद भित्र रित पूर्वक प्राप्त भएका बोलपत्रहरु सोहि दिनको २:०० बजे बोलपत्रदाता वा निजको प्रतिनिधिको रोहवरमा अस्पतालमा खोलिनेछ । बोलपत्रदाता/प्रतिनिधि उपस्थित नभएमा पनि बोलपत्र खोल्न कुनै बाधा पर्ने छैन ।

३) बोलपत्र फारम खरिद तथा दर्ता गर्ने अन्तिम दिन विदा पर्न गएमा सो पछि कार्यालय खुलेको पहिलो दिनलाई अन्तिम दिन मानिनेछ । बोलपत्र पेश गर्दा खामको बाहिर यस अस्पतालको नाम सम्वोधन गरी ठेक्का नं. र सप्लायर्सको नाम खुलाई शिलवन्दी गरी पेश गर्नुपर्नेछ ।

४) औषधी, मेडिकल सप्लाईज तथा IOL को हकमा अनिवार्य रुपमा कम्पनीको आधिकारिक बिक्रेताको प्रमाण पत्र र अन्य सामाग्री आपुर्तीकर्ताले समेत उपलब्ध भए सम्म आधिकारीक बिक्रेताको प्रमाण पत्र बोलपत्र साथ संलग्न राख्नु पर्नेछ ।

५) बोलपत्रदाताले आफुले कबोल गरेको प्रत्येक आइटमहरुको मु.अ. कर बाहेककौ दर रेटलाई अंक र अक्षर दुवैमा उल्लेख गर्नु पर्नेछ । अंक र अक्षरमा लेखेको दररेट फरक परेमा अक्षरमा लेखिएको मान्यता दिइनेछ । साथै बोलपत्रको प्रत्येक पानामा बोलपत्रदाताको आधिकारीक हस्ताक्षर र छाप लगाएको हुनुपर्नेछ ।

६) बोलपत्रदाताले दररेट उल्लेख गर्दा केरमेट गरेको ठाँउमा र प्रत्येक पानामा सहिछाप नगरेको, दरभाउपत्र फारमको फोटोकपी गरी पेश गरेको यस अस्पतालबाट विक्रि नभएको, एक व्यक्ति वा फर्मका नाँउमा विक्रि भएको दरभाउपत्र फारम अर्को व्यक्ति वा फर्मको तर्फवाट पेश गरेको वा आफ्नो तर्फबाट कुनै शर्त राखी पेश गरेको बोलपत्रलाई मान्यता दिइने छैन ।

७) कारण जनाई वा नजनाई बोलपत्र पुर्ण वा आंशिक रुपमा स्विकृत गर्ने वा नगर्ने सम्पुर्ण अधिकार यस अस्पतालमा निहित रहनेछ । यस सूचना, शर्तहरुमा कुनै विवाद उत्पन्न भएमा यस अस्पतालको निर्णय नै अन्तिम तथा मान्य निर्णय हुनेछ ।

८) औषधी तथा औषधीजन्य सामाग्रीहरुको आपुर्ति गर्दा कम्तीमा एक वर्षको म्याद गुज्रिने मिति हुनु पर्नेछ ।

Himalaya Eye Hospital
Gharipatan, Pokhara
Nepal

नेपाल नेत्रज्योति संघ

हिमालय आँखा अस्पताल

घारीपाटन, पोखरा

९) आवश्यक सामानहरुको विवरण यसै साथ संलग्न गरिएको छ । चश्माको फ्रेम तथा शिशाको हकमा अनिवार्य रुपमा sample समेत उपलब्ध गराउनु पर्ने छ ।

१०) प्रत्येक ठे. नं. को प्रत्येक आइटमहरु छुट्टा छुट्टै वा पुर्ण रुपमा स्विकृत गर्न सकिनेछ । बोलपत्र फारममा उल्लेख भए अनुसार उपलब्ध गराउने सामानको स्पष्ट रुपमा ब्रान्ड र इकाई उल्लेख गर्नुपर्नेछ ।

११) स्विकृत बोलपत्रकार्ताले सामाग्री यस अस्पताल सम्म ढुवानीको खर्च बोलपत्रकर्ता स्वयले नै व्यहोर्न पर्नेछ र आ. ब. २०८१/०८२ सम्म स्विकृत दररेटमा सामाग्री उपलब्ध गराउनु पर्नेछ । मुल्य वृद्धी गरेमा धरौटी रकमबाट कट्टा गरीनेछ ।

१२) बोलपत्रको मान्य अवधि बोलपत्र खोलिएको दिन देखी गणना हुने गरी २१ दिन सम्मको हुनेछ । बोलपत्रकर्ताको बोलपत्र आंशिक वा पुर्ण स्विकृत भएमा मान्य अवधी भित्र स्विकृत रकमको २.५% बराबर हुन आउने रकम शर्त नं. १ मा उल्लेखित अनुसारको अस्पतालको खातामा नगदै (बैंक ग्यारेन्टी मान्य नहुने) जम्मा गरी सोको सक्कल भौचर प्राप्त भए पश्चात खरिद/बिकी सम्झौता गरिनेछ ।

१३) अन्य जानकारीका लागि कार्यालय समय भित्र उल्लेखित फोन नम्बर वा ईमेल मार्फत सम्पर्क राख्न सकिनेछ।

माथि उल्लेखित शर्तहरु बाहेक अन्य शर्तहरु नेपाल नेत्रज्योति संघ प्रशासनिक कार्य सञ्चालन नियमावली, २०८०, आर्थिक प्रशासन नियमावली-२०८० र प्रचलित कानुन बमोजिम हुनेछन् ।

तपशिल:

क.स	ठेक्का नं.	विवरण	बोलपत्र फारम खरिद दस्तुर
१	१/२०८१/०८२	औषधीहरु	रु. ३,०००/००
२	२/२०८१/०८२	चश्मा फ्रेम/Sun Glasses/Reading Glasses	रु. ३,०००/००
३	३/२०८१/०८२	चश्माका शिशाहरु	रु. ३,०००/००
४	४/२०८१/०८२	Order Glasses (RX Power)	रु. ३,०००/००
५	५/२०८१/०८२	Contact Lens	रु. ३,०००/००
६	६/२०८१/०८२	मेडिकल सप्लाईज/IOLS	रु. ३,०००/००
७	७/२०८१/०८२	छपाई तथा मसलन्द	रु. १,०००/००
८	८/२०८१/०८२	स्टेशनरी	रु. १,०००/००
९	९/२०८१/०८२	ल्याबका सामाग्रीहरु	रु. १,०००/००
१०	१०/२०८१/०८२	Box Cover Standard	रु. ३,०००/००
११	११/२०८१/०८२	Spare Parts	रु. १,०००/००
१२	१२/२०८१/०८२	सफाई सामाग्री	रु. १,०००/००

Himalaya Eye Hospital
Gharipatan, Pokhara
Nepal
Estd: 1993

नेपाल नेत्रज्योति संघ

हिमालय आँखा अस्पताल

घारीपाटन, पोखरा

श्री मेडिकल डाईरेक्टरज्यु,
हिमालय आँखा अस्पताल,
घारीपाटन, पोखरा ।

महोदय,

बोलपत्र फारामसाथ संलग्न बोलपत्रका शर्तहरु पुर्णत पालना गर्न मन्जुर गरी .... सामाग्री तथा सेवा आपुर्ति गर्न शिलबन्दी बोलपत्रमा निर्धारित शर्त एवं प्रचलित नियमको परिधिभित्र रही कार्य गर्न ईच्छुक भएकोले यो दरखास्त पेश गरेको छू ।

बोलपत्रदाताको फर्म/कम्पनीको नाम :

प्रोप्राइटर/प्रतिनिधीको नाम :

पुरा स्थायी ठेगाना :

दस्तखत :

फोन नं. :

मिति :

फर्मको छाप :

निवेदकको नाम :

हस्ताक्षर :

Himalaya Eye Hospital
Gharipatan, Pokhara
Nepal
Estd: 1993

Nepal Netra Jyoti Sangh

Himalaya Eye Hospital

Gharipatan, Pokhara-17

Tender Form for Contact Lens

Fiscal Year 2081/082

Required Qty.1000 Pcs.

S.N.	Items:	Unit	Brand Name	Rate	Rate In Words	Remarks
1	Low water content Contact Lens					
2	High water content Contact Lens					
3	Ultra violet Contact Lens					
4	X-Chrome Contact Lens					
5	Daily Contact Lens					
6	Weekly Contact Lens					
7	Monthly Contact Lens					
8	Scleral Contact Lens					
9	Natural Eyes Contact Lens					
10	Prosthetic lens DK, MD, lt. Brn. Contact Lens					
11	Bandage Contact lens					
12	Cosmetic Contact Lens					
13	Ortho-K Contact Lens					
14	RGP Contact Lens					
15	Axis Totic Soft Contact Lens					
16	Disposale Contact Lens					
17						
18						

Solution

Required Qty.500 Pcs.

S.N.	Brand Name	Unit	Brand Name	Rate	Rate In Words	Remarks
1	Purecon Solution 120 ml	Bottel				
2	Purecon Solution 360 ml	Bottel				
3	Gp Fress Solution 120 ml	Bottel				
4	Horian Solution 120 ml	Bottel				
5	Horian Solution 360 ml	Bottel				
6	Renu Solution 360 ml	Bottel				
7	Renu Solution 120 ml	Bottel				
8	Bio True Solution 300 ml	Bottel				
9	Bio True Solution 120 ml	Bottel				
10	Saline For Scleral Lens	Bottel				

Note: Sample needed

Firm/Company Name:

Stamp & Signature:

Contact Number: