

महाराष्ट्र शासन आरोग्य सेवा
जिल्हा शल्यचिकित्सक, नांदेड

कार्यालय क्र. : ०२४६२-२३४७५०
वैयक्तिक (निवास) : ०२४६२-२३४३०५
फॅक्स : ०२४६२-२४५५१६

पत्ता : मेन रोड जिल्हाधिकारी
कार्यालयाजवळ, वजीराबाद नांदेड
पिन क्र. : ४३१६०१
ई-मेल : cs_nanded@rediffmail.com
npcb.nanded@gmail.com

जा.क्र.जिशचि/औभा/ 468 /२४.

दिनांक : 12/01 /२०२४

द्वितीय मुदतवाढ
जाहिर नोटीस



राष्ट्रीय आरोग्य अभियान कार्यक्रमा अंतर्गत जिल्हा रुग्णालय, नांदेड येथे सन २०२३-२४ मध्ये मोफत मेटल क्राउन/व पी.एफ.एम.करण्यासाठी अनुदान मंजूर आहे. सदर अनुदानातुन मेटल क्राउन/ व पी.एफ.एम करावयाच्या सुचना आहेत, तरी त्या अनुषंगाने डेंटल प्रयोग शाळा (Dental Lab) अशासकिय संस्था नियुक्त करणेसाठी नांदेड जिल्हयातील अशासकिय संस्थाकडून प्रथम मुदतवाढ अर्ज मागविण्यात येत आहेत. सदर अर्ज स्विकृती दि.१५.०१.२०२४ पासुन दि.१७.०१.२०२४ पर्यंत कार्यालयीन वेळेत मा. जिल्हा शल्यचिकित्सक, नांदेड यांचे नावे जिल्हा शल्य चिकित्सक कार्यालय, नांदेड येथे स्विकारण्यात येतील.

सोबत अर्जाचा नमुना, नियम व अटी

(डॉ. एन.आय.भोसीकर)
जिल्हा शल्यचिकित्सक,
नांदेड

- टिप :- १. अपुर्ण असलेल्या व विहित मुदतीत प्राप्त न झालेल्या अर्जाचा विचार करण्यात येणार नाही, याची नोंद घ्यावी.
२. नियम व अटीप्रमाणे व अर्जामध्ये नमुद सर्व कागदपत्रांची छायांकित साक्षांकित केलेली प्रत सादर करावेत.
३. अर्ज ई-मेल अथवा पोस्टाद्वारे/कुरिअर इतर पध्दतीन पाठविलेले अर्ज स्विकारणेत येणार नाहीत. अर्ज केवळ प्रत्यक्ष कार्यालयामध्ये विहित वेळेत स्विकारले जातील.

महाराष्ट्र शासन आरोग्य सेवा
जिल्हा शल्यचिकित्सक, नांदेड
(ग्रामीण रुग्णालय नियंत्रण कक्ष)

कार्यालय क्र. : ०२४६२-२३४७५०
वैयक्तीक (निवास) : ०२४६२-२३४३०५
फॅक्स : ०२४६२-२४५५१६

पत्ता : मेन रोड जिल्हाधिकारी
कार्यालयाजवळ, वजीराबाद नांदेड
पिन क्र. : ४३१६०१
ई-मेल : cs_nanded@rediffmail.com
npcb.nanded@gmail.com

जा.क्र.जिशचि/ओभा/५६८/२४.

दिनांक : 12/01/2024

द्वितीय मुदतवाढ

राष्ट्रीय आरोग्य अभियान
जिल्हा रुग्णालय, नांदेड



राष्ट्रीय आरोग्य अभियान कार्यक्रमांमध्ये मोफत मेटल क्राउन/ व पी.एफ.एम करणे साठी सन २०२३-२४ मध्ये अशासकिय संस्था डेंटल प्रयोग शाळा (Dental Lab) नियुक्ती करावयाची आहे. सदर अशासकिय संस्था म्हणुन मान्यता मिळण्यासाठी आवश्यक ती सर्व माहिती नियम, अटी व अर्जाचा नमुना zpnanded.in या संगणकीय संकेतस्थळा वर प्रसिद्ध करण्यात आलेला आहे, सदर अर्ज स्विकृतीचा कालावधी दि.१५.०१.२०२४ पासुन दि.१७.०१.२०२४ पर्यंत राहिल.

ठिकाण : जिल्हा रुग्णालय नांदेड

जिल्हा शल्यचिकित्सक,
नांदेड

महाराष्ट्र शासन आरोग्य सेवा
जिल्हा शल्यचिकित्सक, नांदेड
(ग्रामीण रुग्णालय नियंत्रण कक्ष)

कार्यालय क्र. : ०२४६२-२३४७५०
वैयक्तीक (निवास) : ०२४६२-२३४३०५
फॅक्स : ०२४६२-२४५५१६

पत्ता : मेन रोड जिल्हाधिकारी
कार्यालयाजवळ, वजीराबाद नांदेड
पिन क्र. : ४३१६०१
ई-मेल : cs_nanded@rediffmail.com
npcb.nanded@gmail.com

जा.क्र.जिशचि/औभा/५६७/२४.

दिनांक : १२/०१/२०२४

प्रति,

मा.संपादक

दैनिक. उदय/मराठवाडा
नांदेड



विषय :-जाहिरात प्रसिध्द करणे बाबत.....

मोफत मेटल क्राउन/व पी.एफ.एम.करण्यासाठी अनुदान मंजूर आहे. सदर अनुदानातुन मेटल क्राउन/ व पी.एफ.एम करावयाच्या सुचना आहेत, तरी त्या अनुषंगाने डेंटल प्रयोग शाळा (Dental Lab) अशासकिय संस्था नियुक्त करण्यासाठी नांदेड जिल्हयातील अशासकिय संस्थाकडून प्रथम मुदतवाढ अर्ज मागविण्यात येत आहेत. आपल्या वृत्तपत्रात जाहिरात प्रसिध्द करावयाची आहे. सदर जाहिरातीचा नमूना सोबत सादर करीत असुन प्रसिध्दी देण्यात यावी.

जाहिरात साईज १० x ७ सेमी

जिल्हा शल्यचिकित्सक,
नांदेड

all



महाराष्ट्र शासन जिल्हा शल्य चिकित्सक नांदेड



कार्यालय क्र. ०२४६२-२३४३०७ / २३४७५०
पी.बी.एक्स क्रं. : ०२४६२-२३५७११ ते १६
वैयक्तीक (निवास) : ०२४६२ - २३४३०५

पत्ता : मेन रोड जिल्हाधिकारी कार्यालय
बजीराबाद नांदेड ४३१६०१
ई-मेल : civilsurgeonnd@gmail.com

जा.क्र.जिज्ञचिनां/औ.भां./दरपत्रक / २३-२४/७७७ / २४

दिनांक : १२/०१/२०२४

दरपत्रक सादर करण्याचा कालावधी (द्वितीय मुदतवाढ)

| तपशील | कालावधी |
|-------------------------------|----------------------------------------|
| दरपत्रक सादर करण्याचा कालावधी | दिनांक १५-०१-२०२४ ते दिनांक १७-०१-२०२४ |
| दरपत्रक उघडण्याचा कालावधी | दिनांक १८-०१-२०२४ सकाळी ११.०० वा |

जिल्हा शल्य चिकित्सक जिल्हा रुग्णालय नांदेड करीता खालील दंत सामुग्री खरेदी करावयाची आहे तरी ईच्छुक पात्र पुरवठा धारककडून विहित नमुण्यात दर पत्रके मागवित आहे.

| Sir no | Name Of Material | Specification | Quantity |
|--------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1 | मेटल क्राऊन (Metal Crown) | a) Bio-compatibility - The alloy must tolerate oral fluids and not release any harmful product into the oral environment. k) The alloy used should have Tarnish and Corrosion resistance, the alloy should have been tested and accepted according to the standards of national or international standards organization [ADA, ISO British Standards Institute (BSI)]. l) Metal alloy used in preparation of crown should have composition as per Classification of Casting Metal for Full-Metal and Metal-Ceramic Prostheses and Partial Dentures (Textbook-Philips Science of Dental Material 12 th Edition/page no.370 m) The Preferable crown is cobalt chromium metal n) It should have high finishing & polishing properties. o) It should be free of Major casting defects. | |
| 2 | पी.एफ.एम क्राऊन Porcelain Fused to Metal Crown | a) Bio-compatibility - The alloy must tolerate oral fluids and not release any harmful products into the oral environment. b) For metal-ceramic prostheses, the alloys must have closely matching thermal expansion coefficient to be compatible with given porcelains, and they must tolerate high processing temperatures without deforming via a creep process. c) The alloy used should have Tarnish and Corrosion resistance, d) The alloy used should have density of 7.5g/cm ³ (Textbook- Philips Science of Dental Material 12 th Edition/page no.384 e) The alloy should have been tested and accepted according to the standards of national or international standards organizations (DA, ISO, British Standards Institute [BSI]). The porcelain brand must be known to determine if a compatible system is being used. f) The alloy used should have Elastic Modulus of 145-220 Gpa. g) Porcelain used in the Prosthesis Should have composition of ultra-low fusing ceramics (Contains low Al ₂ O ₃ and increased concentration of CaO, K ₂ O, Li ₂ O and Na ₂ O) h) It should have high finishing & Polishing properties. i) It should be free of major casting defects. | |

उपरोक्त नमुद केलेल्या बाबीच्या संखे मध्ये कार्यक्रमाच्या आवश्यकतेनुसार कमी अथवा जास्त करण्याचा तसेच कोणतीही दरपत्रक स्विकारण्याचा अथवा नाकारण्याचा अधिकार निम्न स्वाक्षरीधारकांनी राखून ठेवलेला आहे.

दिनांक:-
स्थळ :- नांदेड

(डॉ. एन. आय. भोसीकर)
जिल्हा शल्य चिकित्सक
नांदेड

दरपत्रकाच्या अटी व शर्ती

- ४) इच्छुक पुरवठादारांनी उपरोक्त बाबीचे दर सर्व करांसह नमुद करावे. जीएसटी, वाहतूक व इतर खर्च या सर्व बाबींचा अंतर्भाव दरामध्ये असावा (Rate should be including all charges door delivery basis) हा खर्च वेगळा नमुद करू नये.
- ५) दर पत्रक हे २ लिफाफ्यात सादर करण्यात यावा. लिफाफा नं. १ मध्ये आवश्यक दस्तावेज स्वयंसाक्षात्कृत केलेल्या प्रमाणपत्राच्या प्रति सादर करावे व लिफाफा वर असे नमुद करावे (Envelop 1:- Document for Quotation of Innovation of Innovation of Metal Crown & PFM Out sourcing) तसेच लिफाफा नं. २ मध्ये साहित्याचे दर द्यावे व लिफाफा वर असे नमुद करावे (Envelop 2:- Document for Quotation of Innovation of Innovation of Metal Crown & PFM Out sourcing) सादर वॉन्ही लिफाफे. सिलबंद करून या कार्यालयाच्या आवक-जावक विभागात शेवट तारखेच्या ५.४५ वाजेच्या आत सादर करावे. शेवटच्या तारखेनंतर व वेळेनंतर प्राप्त हाणारे दरपत्रक ग्राह्य राहणार नाही.
- ६) दरपत्रकामध्ये नमुद केलेल्या दर बाजारभावा पेक्षा जास्त अमु नये. दरपत्रकात नमुद केलेले दर अवास्तव असल्यास वाटाघाटी दर निश्चित करण्याचा अधिकार स्वाक्षरीतांना आहे.
- ७) आवश्यकतेनुसार खरेदी करावयाच्या बाबीचे नमुणे मागणी केल्यास ७२ तासांच्या आत स्वखर्चाने नमुने सादर करणे बंधनकारक राहिल. सादर केलेले नमुणे तपासणी करिता फी निविदाधरकास भरावी लागेल.
- ८) पुरवठा केलेले साहित्य योग्य दर्जाचे नसल्याचे निदर्शनास आल्यास देख्यकाची रक्कम अदा करण्यात येणार नाही.
- ९) खरेदी प्राधीकाऱ्यासोबत हितसंबंधा बाबत संघर्ष नसल्याबाबतचे हमीपत्र दरपत्रक सोबत सादर करणे बंधनकारक आहे.
- १०) दरपत्रकात नमुद केलेले दर एक वर्षाच्या कालावधी साठी वैध राहतील. आवश्यकते नुसार खरेदी पुरवठा आदेश आणि पुनर्प्रत्ययी खरेदी Repeat Order पुवठा आदेश देण्यात येतील.
- ११) कोणत्याही बाबीसाठी आगाऊ रक्कम दिली जाणार नाही.
- १२) पुरवठाधारकाने स्वतःच्या वेगळ्या अटी व शर्ती नमुद करू नये असे केल्यास दरपत्रक वाद ठरविले जाईल.
- १३) दरपत्रकात नमुद कमलेल्या बाबीच्या संख्येमध्ये आशयकते नुसार कमी अथवा जास्त करण्याचा जिल्हा प्रत्य चिकित्सक जिल्हा रुग्णालय नांदेड यांनी राखुन ठेवलेले आहेत.
- १४) दरपत्रक सादर करणाऱ्या पुरवठादाराने दर स्विकृत करण्यासाठी कोणत्याही पध्दतीने दवावतंत्राचा वापर केल्याचे निदर्शनास आल्यास कोणतीही पुर्वसुचना न देता दरपत्रक नाकारण्यात येईल.
- १५) खालील स्वयंसाक्षात्कृत केलेल्या प्रमाणपत्राच्या प्रती दरपत्रकासोबत सादर कराव्यात.

A) डेंटल लॅब पात्रता अटी

| अक्र | Quotation of Rate दरपत्रक (सोबत नमुना दिलेला आहे) |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| १ | (१) डेंटल प्रयोग शाळा (Dental Lab) हि सुक्ष्म, लघु और मध्यम उद्योग (MSME), उद्योग आधार अन्वये नोंदनिवृत असावी. (२) महाराष्ट्र दुकाने (Shop Act) व अस्थापना अधिनियम २०१७ नुसार नोंदनिवृत असावी. |
| २ | नियुक्त डेंटल प्रयोगशाळेमध्ये (Dental Lab) dentist act 1948 मधील Chapter 2 मधील मुद्या क्र. १२ आणि Chapter 4 मधील मुद्या क्र. ३६, ३७, व ३८ नुसार दंत यांत्रिकी (Dental Machanic) यांची नोंदणी महाराष्ट्र दंत परिषदे अंतर्गत केलेली असावी. |
| ३ | जिएसटी नोंदणी प्रमाणपत्र तथापी जिएसटी क्रमांक उपलब्ध नसल्यास तत्सम प्राधिकरणाकडील नोंदणी केलेले कागदपत्र |
| ४ | फर्मच्या नावाने आसलेल्या पॅन/टॅन कार्डची छायांकित प्रत जोडावी. पुरवठादार हा Proprietor असेल तर Proprietor च्या नावाची पॅन/टॅन कार्डची छायांकित प्रत |
| ५ | दंत शल्य चिकित्सकांना ठरवून देण्यात आलेल्या नियमानुसार गरजु रुग्णाप्रती दंत अरोग्य विभाग किमान ५० कृत्रिम दात पुरविणे बंधनकारक आहे त्यानुसार नियुक्त डेंटल लॅब ला दाताच्या नमुन्याचे दिलेले काम ७-१० कार्यालयीन कामकाजाच्या दिवसाच्या कालावधीतच्या आत सुपुर्त करणे बंधन कारक राहिल. |
| ६ | Impression पाठविणे तथा स्वीकार करणे करिता लागणाऱ्या टपालाचा खर्च हा Quote करते वेळीच प्रती किलामिटर या प्रमाणे out-sourcing charges नुसार निर्धारित करण्यात येतील या करीता इच्छुक लॅब ने टपालाच्या/ने-आणण्याचा खर्च गृहीत ठेवूनच Prize bid Quote करावे. |
| ७ | Bank Details for RTGS/NEFT (सोबत नमुना दिलेला आहे) |
| ८ | खरेदी प्राधीकाऱ्या सोबत हितसंबंधाबाबत संघर्ष नसल्या बाबतचे हमीपत्र. (सोबत नमुना दिलेला आहे) |

उपरोक्त नमुद केलेल्या अटी व शर्ती मला मान्य आहेत त्यानुसार मी दरपत्रक सादर करित आहे



दरपत्रक सादर कर्त्याची स्वाक्षरी व शिक्का

दिनांक:-

स्थळ:-

Civil Surgeon
General Hospital, Nanded.

Bank Details for RTGS/NEFT Payment

| Sir no | Name Of Firm | |
|--------|--------------------|--|
| 1 | Postal Address | |
| 2 | Pin Coad | |
| 3 | Pan Card No. | |
| 4 | E-Mail ID | |
| 5 | Contact No. | |
| 6 | Mobile No. | |
| 7 | Name Of Bank | |
| 8 | Bank Address | |
| 9 | Branch Name & Coad | |
| 10 | Bank Account No. | |
| 11 | Nature Of Account | |
| 12 | IFSC Coad | |

Above Information is correct as per our record

Date:-

Seal:-

Sign & Stamp of Bidder

निविदाधारकाने सादर करावयाचे हमीपत्र

महाराष्ट्र शासन, उद्योग उर्जा व कामगार विभाग
शासन निर्णय क्र.भांखस-२०१४/प्र.क्र.८२/भागIII/उद्योग-४,दिनांक०१डिसेंबर२०१६.नियम क्र.४:२:५ नुसार

मी/आम्हीया
हमीपत्राद्वारे लिहून देतो की, दरपत्रक मागविणाऱ्या खरेदी प्राधिकाऱ्या बरोबर कोणत्याही प्रकारे
हितसंबंध नसुन हितसंबंधाबाबत संघर्ष नाही.तसेच खरेदी प्राधिकाऱ्याकडे सादर करण्यात आलेले दरपत्रक
हे एकल असुन दुसऱ्या कोणत्याही संस्थे सोबत संयुक्तरित्या किंवा संगनमताने साखळी करुन भरलेले
नाही.असे आढळुन आल्यास नियमानुसार योग्य त्या दंडात्मक कार्यवाहीसाठी मी पात्र राहिल.

निविदा धारकाची स्वाक्षरी

दिनांक:-

स्थळ:-

Format For Quotation
(Supplier should Submit Sealed quotation on her/his own letter pad)

To,
Civil Surgeon,
Civil Hospital Nanded

Date

Sub:- Submission of Quotations

Ref:- Your Office Notice Dated / /

Respected Sir,

As per above reference,I/we are herewith submitting quotation for the supply of following items.

| Sir no. | Name of Material | Rate per Unit |
|---------|--------------------------------|---------------|
| 1 | Metal Crown | |
| 2 | Porcelain Fused to Metal Crown | |

Note:- Rates are inclusive of all Taxes, Store Delivery basis

Certificate

I under signed hereby certified that, above rates are not exceed than MRP or current market Rates.I accept all term & conditions whiout any complaint Submitted all information & Document are true.I m responsible for any fraudulent submission & liable to punishment.

Sign & Stamp of Bidder.