

डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल, नई दिल्ली
उपकरण मांग फार्म
(एक लाख या इससे अधिक कीमत वाले उपकरणों की मांग हेतु)

1.	उपकरण की मांग करने वाले विभाग/एकक का नाम		
2.	एकक अध्यक्ष का नाम		
3.	एकक अध्यक्ष की आधिकारिक ई-मेल आई.डी.		
4.	विभागाध्यक्ष का नाम		
5.	विभागाध्यक्ष की आधिकारिक ई-मेल आई.डी.		
6.	उपकरण का नाम		
7.	अपेक्षित मात्रा		
8.	क्या यह प्रस्ताव पहले भी कभी भेजा गया था और इसे निरस्त किया गया था, यदि हाँ, तो कब?		
9.	समस्त उपसाधनों सहित उपकरण की अनुमानित लागत		
10.	कुल प्रायोजित लागत		
11.	उन प्रयोज्य/उपभोज्य/फालतू पुर्जे/रीजेन्ट की सूची जिन्हें उपकरण के प्रयोग में लाए जाने पर मंगाना अपेक्षित होगा। यदि आवश्यक हो तो अलग से पृष्ठ संलग्न करें।	नाम	अनुमानित लागत
		(क)	
		(ख)	
		(ग)	
		(घ)	
12.	प्रयोज्य/उपभोज्य/रीजेन्ट की खरीद के कार्य पर होने वाला वार्षिक व्यय		
13.	उपकरण की लागत संबंधी सूचना का स्रोत (यदि उपलब्ध हो तो दस्तावेज संलग्न करें)		
14.	क्या प्रायोजित लागत में उपकरण के सभी घटकों को शामिल किया गया है? यदि नहीं, तो जो शामिल नहीं		

	किए गए हैं उन घटको की सूची संलग्न करें।				
15.	उपकरण के घटको की सूची जिन्हें आने वाले वर्षों में खरीदा जाना अपेक्षित है।	नाम	मात्रा / संख्या	लागत	
16.	क्या उपकरण स्वामित्व के अधीन है यदि हाँ, तो ब्राँड/मॉडल/निर्माता से प्राप्त स्वामित्व प्रमाणपत्र संलग्न करें।				
17.	उपकरण का उपयोग				
18.	निर्माता	(क)			
		(ख)			
		(ग)			
		(घ)			
		(ड.)			
19.	विशिष्ट				
20.	क्या विशिष्ट उस उपकरण से मेल खाती है जिसकी लागत को क्रम सं. 13 में दिए गए सूचना के स्रोत के रूप में उपयोग किया गया है? यदि नहीं तो कारणों का उल्लेख करें।				
21.	क्या इसी प्रकार का कोई उपकरण विभाग में पहले भी प्रयोग में लाया गया है? यदि हाँ, तो विवरण दें।	वर्ष	मात्रा/संख्या	ब्राँड	प्रत्येक की लागत
22.	क्या यह प्रस्ताव उपयोग से बाहर/वापस किए गए उपकरण की खरीद के संबंध में किया गया है?				
23.	उपयोग से बाहर/वापस किए गए उपकरण का विवरण (उपयोग से बाहर किए जाने संबंधी प्रमाण पत्र संलग्न करें)	खरीद का वर्ष	ब्राँड	लागत	
24.	क्या यह कोई ऐसा नया उपकरण है जिसे भारत में पहली बार लगाए जाने का प्रस्ताव है?				
25.	उन संस्थाओं के नाम जहाँ इस प्रकार	(क)			

	का उपकरण पहले से लगा है।	(ख)
		(ग)
		(घ)
		(ङ.)
26.	क्या इस उपकरण को चलाने के लिए संबंधित स्टाफ को प्रशिक्षित किये जाने की जरूरत होगी? (कार्य प्रशिक्षण के अतिरिक्त) यदि हाँ, तो यह कैसे कराया जाना है?	
27.	क्या उपकरण को लगाने के लिए चिकित्सा अधीक्षक महोदय के अनुमोदन से स्थान उपलब्ध/चिह्नित है? यदि नहीं, तो वह संभावित तारीख जब स्थान उपलब्ध हो जाएगा और संबंधित स्थान का विवरण (इस संबंध में किए गए आधिकारिक पत्र व्यवहार की प्रति संलग्न करें।)	
28.	उपकरण को लगाने एवं चलाने के लिए अपेक्षित मुख्य संरचनात्मक परिवर्तन (सिविल/विद्युत संबंधी) का विवरण (यदि आवश्यक हो तो अलग से पृष्ठ संलग्न करें। बड़े परिवर्तन के संबंध में चिकित्सा अधीक्षक महोदय से प्राप्त अनुमोदन की प्रति संलग्न करें।)	

एकक अध्यक्ष के हस्ताक्षर
एवं मोहर

विभागाध्यक्ष के हस्ताक्षर
एवं मोहर

क्रय छानबीन समिति एवं बजट अनुवीक्षण समिति की सिफारिश

चिकित्सा अधीक्षक का निर्णय

खरीद के लिए अनुमोदित/अस्वीकृत

फार्म - ई

वचनबंध

मैं. डॉ. विभागाध्यक्ष

..... डॉ. राम मनोहर लोहिया अस्पताल
एतद्वारा पुष्टि / प्रमाणित करता / करती हूँ कि

1. विभाग का कार्य सुचारू रूप से चलाने के लिए
..... (मद का नाम) अत्यन्त
आवश्यक है / हैं।
2. उपर्युक्त मद की खरीद के संबंध में औचित्य की प्रति विधिवत टाइप एवं
हस्ताक्षर करके एतद्वारा संलग्न है।
3. मद / मदें केवल रोगी देखभाल के लिए ही है/हैं।
4. उपकरण लगाए जाने / शुरू किए जाने के पश्चात इसे चलाने के लिए
विभाग में पर्याप्त तकनीकी स्टाफ / चिकित्सक उपलब्ध है।
5. मद/मदों के संबंध में की गई तकनीकी विशिष्टि सामान्य है और व्यापक
आधार पर दी गई है, जोकि किसी विशेष निर्माता/कम्पनी और मॉडल से
संबंधित नहीं है (गैर स्वामित्व मद / वस्तु के लिए)
6. योजना / ड्राइंग / अनापत्ति, जहाँ अपेक्षित है, प्राप्त कर ली गई है।
7. पर्याप्त स्थान / जगह / क्षेत्र उपलब्ध है।
8. अपेक्षित आवश्यक कार्य (सिविल / वैद्युत) की पहचान कर ली गई
है/तैयार कर दिया गया है और इसे आपूर्तिकर्ता / ठेकेदार को उपलब्ध
करा दिया जाएगा।

विभागाध्यक्ष के मोहर
सहित हस्ताक्षर

तारीख